

MagSi®

MAGAZIN



STOMA
KONTINENZ
WUNDE

Das Thema

Ganzheitliche Aromatherapie trifft Stomatherapie

Der Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“

Pflegerischer Umgang mit demenziell erkrankten Menschen mit einer Stomaanlage im Akutkrankenhaus

PflegeexpertInnen im O-Ton Interview

Aktuell

Hilfe aus dem Netz – Stomaberatung 2.0

Was brauchen erwerbstätige pflegende Angehörige?



**»Es verleiht mir
eine innere Ruhe.
Der Beutel macht
sein Ding und ich
mach meins.«**

Walton, SenSura® Mio Konkav Nutzer

SenSura® Mio Konkav – gemacht für Rundungen

SenSura® Mio Konkav ist ein sternförmiger Hautschutz, welcher die Kontaktfläche zwischen Hautschutz und der stomaumgebenden Haut erhöht und für eine optimale Haftung der Versorgung auf nach außen gewölbten Stomaumgebungen sorgt. Dank der BodyFit Technologie® passt sich die Basisplatte jederzeit den individuellen Körperformen an.

Treffen Sie mit SenSura® Mio Konkav eine Bauchentscheidung, denn eine gutsitzende Versorgung kann das Risiko von Leckagen und damit verbundenen Hautirritationen senken.

Bestellen Sie Ihre Produktmuster unter
www.sensuramiokkav.coloplast.de.



SenSura® Mio Concave



Ausblick

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Frühling

Die Tage werden wieder länger und heller und aus dem Boden schauen die ersten Frühlingsblumen. Die Vögel sind zurück und wecken uns morgens mit lautem Gezwitscher. Die Menschen drängen nach draußen, um die ersten warmen Sonnenstrahlen zu ergattern. Wie schön, dass der Frühling kommt. Der Frühling macht uns bewusst, dass was Neues kommt. Ein neues Jahr mit neuen Hoffnungen und Wünschen. Der Wunsch, sich wieder frei bewegen zu können, wieder reisen zu können, wieder die sozialen Kontakte aufnehmen zu können, die wir Menschen doch alles so sehr brauchen. Wir wünschen uns das schnelle Ende der Pandemie, um wieder zur Normalität zurückkehren zu können. Den Wünschen gegenüber stehen die Tatsachen, dass es wohl doch noch ein bisschen dauern wird und dass unsere Geduld weiterhin gefragt ist. Hoffnung auf schnelle Impfung, Regeln und Beschränkungen werden uns noch begleiten.

Wir wünschen Ihnen, liebe Leser und Leserinnen, dass Sie gut durch diese herausfordernde Zeit kommen und freuen uns, wenn Ihnen unsere Beiträge in der neuen Ausgabe der MagSi gefallen.

Ihre Redaktion der MagSi®

Das Thema

- 4 Kolorektale Karzinome
- 8 Ganzheitliche Aromatherapie trifft Stomatherapie
- 14 Der Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“
- 18 Menschen mit Demenz im Krankenhaus
- 23 Pflegerischer Umgang mit demenziell erkrankten Menschen mit einer Stomaanlage im Akutkrankenhaus
- 31 PflegeexpertInnen im O-Ton Interview

Aktuell

- 34 Hilfe aus dem Netz – Stomaberatung 2.0
- 35 Was brauchen erwerbstätige pflegende Angehörige?
- 36 COVID-19

Fachgesellschaft Aktuell

- 38 Termine/Kongresse
- 49 Kooperationspartner/Mitgliedsverbände

Buch-Tipp

- 40 Buchvorstellung

Weiterbildung Aktuell

- 41 Kurs Spezialisten für Stomapflege

Schaufenster

- 42 Neuigkeiten bei Produkten und
- 44 Dienstleistungen

Impressum

- 46 Impressum/Vorschau nächste Ausgabe

Herausgeber



FGSKW
Fachgesellschaft
Stoma, Kontinenz und Wunde e.V.

Kooperationspartner





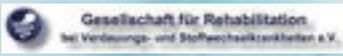






Mitgliedsverbände



Kolorektale Karzinome

– systemische Behandlung –

Das kolorektale Karzinom (KRK) ist eine der häufigsten Krebserkrankungen in Deutschland. Jährlich erkranken ca. 55.000 Personen in Deutschland an Darmkrebs. [1] Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei Frauen bei 75 Jahren und bei Männern bei 73 Jahren. Nur etwa 10 % der kolorektalen Karzinome werden vor dem 55. Lebensjahr diagnostiziert. Die mittlere 5-Jahres-Überlebensrate liegt bei ca. 60%, wenn alle Tumorstadien zusammengenommen werden. Die Prognose, die Therapieindikation und -intention (kurativ vs. palliativ) hängt entscheidend von der Tumorlokalisation und vom Stadiums (siehe Tabelle 1) ab. Je früher ein kolorektales Karzinom entdeckt wird, also je kleiner das Ausbreitungsstadium ist desto höher ist die Heilungswahrscheinlichkeit und desto besser ist die Prognose. [2] Klinisch werden Rektum- und Kolonkarzinome unterschieden. Als Rektumkarzinome (Karzinome des Enddarms) werden die Malignome definiert, die weniger als 16 cm von der Anokutanlinie entfernt sind. Kolonkarzinome umfassen die Tumore weiter oral hiervon. [3]

Rektumkarzinome

Rektumkarzinome werden weiter in Karzinome des unteren, mittleren bzw. oberen Rektumdrittels eingeteilt.

Kurative Stadien

In den Stadien I-III, d. h. bei Patienten ohne Nachweis von Fernmetastasen, ist die Heilung das Therapieziel. Hierzu wird stadienabhängig neben der Resektion ggf. eine multimodale Therapie aus medikamentöser Systemtherapie und Bestrahlung durchgeführt. Ändert sich, anhand der pathologischen Ergebnisse, postoperativ das Ausbreitungsstadium, sollte eine Anpassung der Behandlungsstrategie erfolgen. Im Stadium I (T1 bzw. T2, N0, M0) ist

eine alleinige chirurgische Resektion des Primarius ausreichend. Auf die Einzelheiten der Resektion wird in diesem Artikel nicht weiter eingegangen. Eine weiterführende Therapie ist nicht notwendig.

In Stadium II bzw. III ist eine multimodale Therapie indiziert. Bei Malignomen des unteren oder mittleren Drittels (<12 cm ab ano) sollte, in Abhängigkeit von Risikofaktoren eine präoperative Radiatio mit nachfolgender Chemotherapie und abschließender Resektion des Tumors angestrebt werden. Ziele der multimodalen Therapie sind einerseits die Risikoreduktion der Entwicklung von Lokalrezidiven sowie von Fernmetastasen im Verlauf. Durch die präoperative Radiochemotherapie bzw. Radiatio mit anschließender Resektion konnte die Lokalrezidivrate auf 5-10 % gesenkt werden. Eine adjuvante Chemotherapie wird bei Rektumkarzinomen nach multimodaler Vortherapie nicht regelhaft empfohlen. Bei Rektumkarzinomen des oberen Rektumdrittels ist die Radiatio i.d.R. keine Option, sodass die Resektion und adjuvante Chemotherapie analog der Kolonkarzinome angestrebt werden. Als medikamentöse Therapie im Rahmen der neoadjuvanten Radiochemotherapie wird eine Fluoropyrimidin (FP)-haltige Therapie eingesetzt. Dies kann durch eine intravenöse Dauerinfusion von 5-Fluorouracil (5-FU) oder durch die orale Gabe von Capecitabin erfolgen. Die Hinzunahme von Oxaliplatin kann bei jungen Patienten mit gutem ECOG-Status erwogen werden. Dies erhöht jedoch die Toxizität und ist nicht generell empfohlen. Die adjuvante Therapie besteht ebenfalls aus einer FP-haltigen Therapie und sollte gemeinsam mit der neoadjuvanten Therapie 6 Monate betragen. In Abhängigkeit vom Vorliegen vom exakten Stadium kann die Hinzunahme von Oxaliplatin diskutiert werden. [2; 4]

Bei lokal fortgeschrittenen Rektumkarzinomen mit mindestens einem der folgenden Risikofaktoren (cT4a bzw. cT4b, extramuraler Gefäßinvasion, cN2, Beteiligung der mesorektalen Faszie oder suspekt vergrößerter lateraler Lymphknoten) kann auch die reine präoperative Radiochemotherapie analog der RAPIDO-Studie (Rectal cancer And Preoperative Induction therapy) mit dem Patienten besprochen werden. Hierbei wird eine Radiatio mit 5 x 5 Gy über maximal 8 Tage verteilt, gefolgt von einer Chemotherapie, bestehend aus Oxaliplatin kombiniert mit entweder Capecitabin (CAPOX) oder 5-FU mit Folsäure (FOLFOX4) durchgeführt. Diese Therapieabfolge wird auch als totale neoadjuvante Therapie bezeichnet, da postoperativ keine weitere Therapie mehr erfolgt. Im Anschluss wird nach 2-4 Wochen die Resektion (totale mesorektale Exzision, TME) durchgeführt. In der Studie konnte gezeigt werden, dass dieses Vorgehen im Vergleich zum Standard signifikant überlegen ist. Verglichen wurde diese Therapie mit einer neoadjuvanten Radiochemotherapie bestehend aus einer Radiatio mit 25-28 Einzelfractionen à 1,8 bzw. 2,0 Gy bis zu einer Gesamtdosis von 50,4 Gy bzw. 50 Gy in Kombination mittels oralem Capecitabin. In diesem Vergleichsarm erfolgte nach 6-10 Wochen nach Resektion eine adjuvante Chemotherapie mittels CAPOX oder FOLFOX4. [5] Patienten mit Rektumkarzinomen und Fernmetastasierung werden wie Patienten mit metastasierten Kolonkarzinomen behandelt, s.u.

Kolonkarzinome

Kuratives Setting

Genau wie beim Rektumkarzinom ist in den Stadien I-III die Heilung das Behandlungsziel. Hierfür spielt die Systemtherapie im Stadium I keine Rolle, es erfolgt lediglich eine operative Sanierung.

Bei Vorliegen des Stadiums II werden mehrere Aspekte zur Evaluation herangezogen, ob eine adjuvante Therapie indiziert ist: anhand des Mikrosatelliten-Stabilität(MSS)-Status und des Vorliegens von Risikofaktoren (T4 Stadium, Tumorperforation, intraoperativer Tumoreinriss, Resektion unter Notfallbedingungen, ≤ 12 untersuchte Lymphknoten, histologisch gesicherte Lymph- oder Blutgefäßinvasion) erfolgt die Risiko-Nutzen-Abwägung einer adjuvanten Chemotherapie. Die Entscheidung für oder gegen die adjuvante Chemotherapie sollte nach Diskussion aller Risikofaktoren und in Abwägung zu den erwartbaren Nebenwirkungen gemeinsam mit dem Patienten getroffen werden.

Bei ca. 20 % der Patienten mit Kolonkarzinom im Stadium II wird eine sporadische Mikrosatelliten-Instabilität (MSI) nachgewiesen. Diese Patienten haben eine etwas bessere Prognose, sodass sie weniger von einer adjuvanten Chemotherapie profitieren als Patienten mit einem mikrosatellitenstabilen Tumor. In der Adjuvanz wird eine Fluoropyrimidin(FP)-haltige Therapie eingesetzt. Die orale Applikation wird gegenüber der intravenösen Gabe bevorzugt. Die Hinzunahme von Oxaliplatin ist bei fehlendem Vorliegen von Risikofaktoren im Stadium II nicht indiziert. Im Stadium III wird in Abhängigkeit des biologischen Alters (≤ 70 Jahre vs. >70 Jahre) und etwaiger Komorbiditäten eine adjuvante Therapie mittels FP alleine oder in Kombination mit Oxaliplatin empfohlen. Die Hinzunahme von Oxaliplatin zu der FP-haltigen Therapie führt zu einer Erhöhung der Überlebensrate sowie zu einer verminderten langfristigen Rezidivrate. Wird alleiniges FP verabreicht, werden 6 Monate und die orale Gabe (Capecitabin) empfohlen. Wird sich für die Kombinationstherapie entscheiden, sollte bei T4 Tumoren und/oder N2 eine 6-monatige Therapie durchgeführt werden. Liegt ein T1-3 Tumor und lediglich eine nodale Metastasierung im Sinne von N1 vor, ist eine Therapie mittels 4 Zyklen Capecitabin in Kombination mit Oxaliplatin (CAPOX) für 3 Monate empfohlen. Der Einsatz von CAPOX ist hierbei bei unter 70-Jährigen als gleichwertig zu FOLFOX (intravenöses FP/5-Fluorouracil/5-FP, Folin-säure und Oxaliplatin) zu betrachten. [4; 6-8]

Metastasiertes Stadium

Insgesamt entwickeln ca. 40 % aller Patienten mit Kolorektalkarzinomen eine Fernmetastasierung. In den meisten Fällen ist das Ziel einer systemischen medikamentösen Therapie im Stadium IV eine Lebenszeitverlängerung. Bei bis zu 25 % der Patienten mit synchron hepatisch metastasierten Kolorektalkarzinomen besteht die Option der Heilung. Dies kann auch für Patienten gelten, die metachron eine Lebermetastasierung entwickeln. Auch Patienten mit einzelnen Lungenmetastasen können zum Teil einer kurativen Therapie zugeführt werden. Ob im Einzelfall eine kurative Therapie mit Metastasenresektion angestrebt werden kann, sollte in interdisziplinären Tumorkonferenzen festgelegt werden. Hier wird neben der technischen Resektabilität die Sinnhaftigkeit einer Resektion in Abhängigkeit von etwaigen Komorbiditäten und Allgemeinzustand des Patienten sowie der Tumorbiologie diskutiert. Das Vorliegen von nicht-resektablen Metastasen muss selbstverständlich ausgeschlossen sein. Durch eine Chemotherapie können ausgewählte Patienten mit primär nicht-resektablen Metastasen durch Verkleinerung ("Downsizing") einer sekundären Resektion zugeführt werden. [4; 10; 11]

Erstlinientherapie

Im palliativen Setting spielt, neben der Verlängerung des Überlebens, die Erhaltung der Lebensqualität bei der Wahl der Therapie eine entscheidende Rolle. Die Wahl der Erstlinientherapie legt die Prognose des Patienten fest, da es sich um die effektivste Therapieoption handelt und die meisten Patienten zumindest eine Erstlinientherapie erhalten. Um die Therapie adäquat festlegen zu können, muss der RAS- und BRAF V600E-Mutationsstatus sowie der MSS/MSI-Status bekannt sein. Ein Entscheidungsbaum zur Festlegung einer Therapie bei klinisch fitten Patienten siehe Abb 1. Bei Patienten mit einem RAS Wildtyp Tumor spielt bei der Auswahl der effektivsten Therapieoption auch die Primärtumorklassifikation (PTL) eine Rolle. Patienten mit linksseitiger PTL (alle Tumoren, inkl. Rektum, deren Primarius distal bzw. in der linken Kolonflexur gelegen ist) besitzen eine günstigere Prognose und sprechen besser auf die Gabe von anti-EGFR-Ak

(z.B. Cetuximab, Panitumumab) an. Bei Vorliegen von Mutationen im RAS-Gen (KRAS/NRAS Exon 2-4) zeigt die Gabe von anti-EGFR-Ak keinen Benefit. Bei BRAF-mutierten Tumoren scheint ebenfalls kein relevanter Vorteil durch anti-EGFR-Ak generiert werden zu können. Jedoch ist hier die Datenlage aufgrund der Seltenheit dieser Karzinome eingeschränkt. Bei Vorliegen einer RAS- oder BRAF-Mutation kann der VEGF-Ak (Bevacizumab) eingesetzt werden. Die Antikörper werden mit einer FP-haltigen Zweifach- Chemotherapie kombiniert. Hier kann zwischen FOLFOX (5-FU, Folin-säure und Oxaliplatin) und FOLFIRI (5-FU, Folin-säure und Irinotecan) gewählt werden. Bei fitten Patienten, die eine hohen Therapiedruck haben, kann auch eine Dreifachkombination aus FOLFOXIRI (5-FU, Folin-säure, Oxaliplatin und Irinotecan) in Kombination mit anti-EGFR-Ak bzw. anti-VEGF-Ak diskutiert werden. [4; 12-20]

Neben den allgemeinen Nebenwirkungen wie Übelkeit und Schwäche, treten in Abhängigkeit des Therapieregimes typische Nebenwirkungen der verwendeten Medikamente auf: Bei Einsatz von Fluoropyrimidinen treten häufig eine Mukositis, Diarrhoen, Hand-Fuß-Syndrom und eine Knochenmarkdepression auf. Irinotecan kann zu einem cholinergen Syndrom sowie zu wässrigen Diarrhoen führen, die häufig medikamentös behandelt werden müssen (z. B. mit Loperamid, Budesonid). Dies kann die Lebensqualität der Patienten stark beeinträchtigen. Das Management der Diarrhoen sollte daher ausführlich mit den Patienten besprochen werden. Auch eine Dosisreduktion kann notwendig sein. Oxaliplatin führt neben Übelkeit klassischerweise zu einer peripheren Polyneuropathie, die meist die kumulative Dosis limitiert und die Lebensqualität der Patienten einschränkt. Bei Behandlung mit Anti-EGFR-Ak kommt es gehäuft zu akneiformen Exanthenen, die meist v. a. ein kosmetisches Problem darstellen. Hier können kortison- bzw. antibiotikahaltige Salben und anti-entzündlich wirkende Medikamente Abhilfe schaffen. Anti-angiogenetischen bewirken eine Verschlechterung oder das Auftreten von arterieller Hypertonie und haben als schwere Nebenwirkung eine Proteinurie sowie thrombembolische Ereignisse. Hieraufhin sollte also regelmäßig untersucht werden.

Seit kurzem ist bei Patienten mit Kolorektalkarzinomen mit Nachweis von MSI bzw. MSI-high der PD-1-Checkpointinhibitor Pembrolizumab in der Erstlinientherapie zugelassen. Durch Pembrolizumab wird die T-Zell-Aktivität gesteigert, was zu einer erhöhten immunvermittelten Tumorabwehr führt. Als Folge treten durch die gesteigerte Immunabwehr autoimmunvermittelte Nebenwirkungen auf, die ggf. umgehend mit Kortikosteroiden behandelt werden müssen. In der Regel können diese Nebenwirkungen jedoch gut beherrscht werden und es handelt sich um ein insgesamt gut verträgliches Medikament.

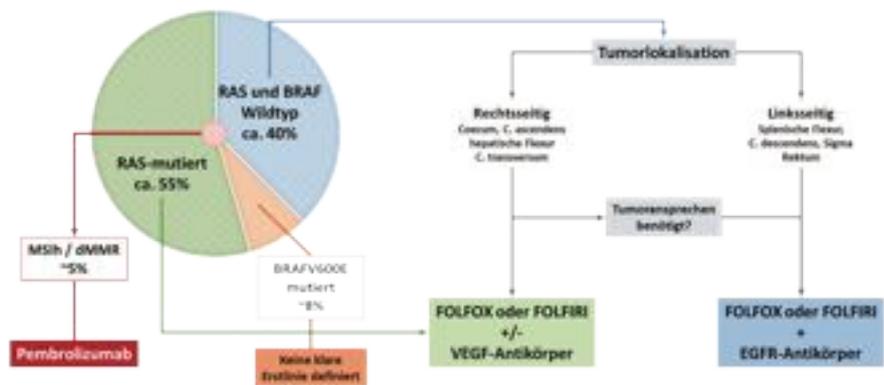


Abbildung 1: Therapieoptionen nach molekularer Stratifizierung in der Erstlinie des kolorektalen Karzinoms

Zweitlinientherapie

Tritt ein Progress unter der Erstlinientherapie auf, wird bei Vortherapie mittels anti-EGFR-AK in der Regel auf eine Therapie mit einer anti-angiogenetischen Substanz umgestellt, auch wenn prinzipiell die Gabe von einem anderen anti-EGFR-AK möglich ist. In mehreren Phase-II Studien wurde belegt, dass der Einsatz von anti-angiogenetischen Substanzen (Bevacizumab, Aflibercept oder Ramucirumab) nach einer Vortherapie mittels anti-EGFR-AK das Überleben in diesem Setting verbessert. Daher sollten in der Zweitlinie anti-angiogenetische Substanzen bevorzugt werden. Die Systemtherapie wird je nach verwendeter Erstlinienchemotherapie ausgewählt. So erhalten Patienten, die zuvor FOLFIRI erhielten, FOLFOX und umgekehrt. Die Zulassungen von Ramucirumab und Aflibercept erfordern die Kombination mit FOLFIRI sowie eine Vortherapie mit FOLFOX (+ Bevacizumab).

Bei BRAF-V600E mutierten Kolorektalkarzinomen kann nach mindestens einer systemischen Therapie eine Kombination aus dem BRAF-Inhibitor Encorafenib und dem anti-EGFR-AK Cetuximab eingesetzt werden. [4; 13; 20-23]

Drittlinientherapie

Patienten, die therapiewillig und -fähig sind, können einer Drittlinie zugeführt werden. Bei der Behandlung solcher Patienten ist insbesondere ein molekulargenetisches Profiling und die Evaluation von Studienangeboten wichtig. Falls ein Patient mit RAS- und BRAF-Wildtyp Tumor zuvor noch keine anti-EGFR-ge-

UICC	Tumor-eindringtiefe	Lymphknoten-Status	Fern-metastasen	S-JR
Stadium I	T1 T2	N0	M0	93,2%
Stadium II A Stadium II B	T3 T4			84,7% 72,2%
Adjuvante Therapie	Stadium III A	T1, 2	M0	83,4%
	Stadium III B	T3, 4		64,1%
	Stadium III C	alle T		52,3%
Palliative Therapie	Stadium IV	alle N	M1	8,1%

Tabelle 1: Klassifikation der Tumorstadien (UICC)

richtete Therapie erhalten hat, sollte eine Therapie mittels Cetuximab oder Panitumumab in Kombination mit Irinotecan evaluiert werden. Bei Vorbehandlung mit anti-EGFR-AK, anti-angiogenetischen Substanzen, Irinotecan, FP und Oxaliplatin kann eine Drittlinientherapie mittels Regorafenib oder Trifluridine/Tipiracil (TAS102) angeboten werden. Jedoch ist der Überlebensvorteil gegenüber Placebo gering (1,4 bzw. 1,8 Monate). [24-25] Weitere Therapieoptionen können zielgerichtete Therapien sein, die durch das molekulargenetische Profiling determiniert werden können.

Zusammenfassung

Bei Diagnosestellung eines kolorektalen Karzinoms ist die Kenntnis des genauen Ausbreitungsstadiums, des Mutationsstatus und der Status der Mikrosatellitenstabilität/-instabilität des Tumors sowie die Lokalisation des Primärtumors zur Festlegung der Therapie entscheidend. Bei nicht-metastasierten Patienten ist die Resektion mit ggf. einer begleitenden (Radio-)Chemotherapie die Therapie der Wahl, das

Therapieziel ist die Heilung. Bei Patienten mit Nachweis von Metastasen sind der Erhalt der Lebensqualität sowie die Verlängerung der Lebenszeit das Ziel der Behandlung mittels Immunchemotherapie. Bei Patienten mit Nachweis von MSI-high Tumoren kann seit kurzem eine Therapie mit dem PD-1-Checkpointinhibitor Pembrolizumab durchgeführt werden. Etwa ein Viertel der Patienten können trotz Vorliegen weniger Metastasen durch eine (Immuno-) Chemotherapie sowie Resektion geheilt werden.

Quellen

1. Zentrum für Krebsregisterdaten: Krebs in Deutschland für 2015/2016 Abgerufen am: 16.02.2021
2. Majek O, Gondos A, Jansen L, et al. Survival from colorectal cancer in Germany in the early 21st century. *Br J Cancer.* 2012;106(11):1875-1880. doi:10.1038/bjc.2012.189
3. Wittekind C, Meyer HJ: *TNM Klassifikation maligner Tumoren*, 7. Auflage. Wiley-VCH, Weinheim 2010
4. *S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom Langversion 2.1. – Januar 2019, https://*

- www.awmf.org/uploads/tx_szeitlinien/021-007OLI_S3_Kolorektales-Karzinom-KRK_2019-01.pdf
5. Bahadoer RR, Dijkstra EA, van Etten B, et al. Short-course radiotherapy followed by chemotherapy before total mesorectal excision (TME) versus preoperative chemoradiotherapy, TME, and optional adjuvant chemotherapy in locally advanced rectal cancer (RAPIDO): a randomised, open-label, phase 3 trial [published correction appears in *Lancet Oncol.* 2021 Feb;22(2):e42]. *Lancet Oncol.* 2021;22(1):29-42. doi:10.1016/S1470-2045(20)30555-6
 6. Le Voyer TE, Sigurdson ER, Hanlon AL, et al. Colon cancer survival is associated with increasing number of lymph nodes analyzed: a secondary survey of intergroup trial INT-0089. *J Clin Oncol.* 2003;21(15):2912-2919. doi:10.1200/JCO.2003.05.062
 7. O'Connell MJ, Mailliard JA, Kahn MJ, et al. Controlled trial of fluorouracil and low-dose leucovorin given for 6 months as postoperative adjuvant therapy for colon cancer. *J Clin Oncol.* 1997;15(1):246-250. doi:10.1200/JCO.1997.15.1.246
 8. Caplin S, Cerottini JP, Bosman FT, Constanda MT, Givel JC. For patients with Dukes' B (TNM Stage II) colorectal carcinoma, examination of six or fewer lymph nodes is related to poor prognosis. *Cancer.* 1998;83(4):666-672.
 9. Sargent DJ, Goldberg RM, Jacobson SD, et al. A pooled analysis of adjuvant chemotherapy for resected colon cancer in elderly patients. *N Engl J Med.* 2001;345(15):1091-1097. doi:10.1056/NEJMoa010957
 10. Alberts SR. Update on the optimal management of patients with colorectal liver metastases. *Crit Rev Oncol Hematol.* 2012;84(1):59-70. doi:10.1016/j.critrevonc.2012.02.007
 11. Nordlinger B, Van Cutsem E, Gruenberger T, et al. Combination of surgery and chemotherapy and the role of targeted agents in the treatment of patients with colorectal liver metastases: recommendations from an expert panel. *Ann Oncol.* 2009;20(6):985-992.
 12. Modest DP, Stintzing S, von Weikert L, et al. Impact of Subsequent Therapies on Outcome of the FIRE-3/AIO KRK0306 Trial: First-Line Therapy With FOLFIRI Plus Cetuximab or Bevacizumab in Patients With KRAS Wild-Type Tumors in Metastatic Colorectal Cancer. *J Clin Oncol.* 2015;33(32):3718-3726. doi:10.1200/JCO.2015.61.2887
 13. Modest DP, Pant S, Sartore-Bianchi A. Treatment sequencing in metastatic colorectal cancer. *Eur J Cancer.* 2019;109:70-83. doi:10.1016/j.ejca.2018.12.019
 14. Sorich MJ, Wiese MD, Rowland A, Kichenadasse G, McKinnon RA, Karapetis CS. Extended RAS mutations and anti-EGFR monoclonal antibody survival benefit in metastatic colorectal cancer: a meta-analysis of randomized, controlled trials. *Ann Oncol.* 2015;26(1):13-21. doi:10.1093/annonc/mdu378
 15. Tejpar S, Stintzing S, Ciardiello F, et al. Prognostic and Predictive Relevance of Primary Tumor Location in Patients With RAS Wild-Type Metastatic Colorectal Cancer: Retrospective Analyses of the CRYSTAL and FIRE-3 Trials [published correction appears in *JAMA Oncol.* 2017 Dec 1;3(12):1742]. *JAMA Oncol.* 2017;3(2):194-201. doi:10.1001/jamaoncol.2016.3797
 16. Stintzing S, Tejpar S, Gibbs P, Thiebach L, Lenz HJ. Understanding the role of primary tumour localisation in colorectal cancer treatment and outcomes. *Eur J Cancer.* 2017;84:69-80. doi:10.1016/j.ejca.2017.07.016
 17. Tran B, Kopetz S, Tie J, et al. Impact of BRAF mutation and microsatellite instability on the pattern of metastatic spread and prognosis in metastatic colorectal cancer. *Cancer.* 2011;117(20):4623-4632. doi:10.1002/cncr.26086
 18. Pietrantonio F, Petrelli F, Coiu A, et al. Predictive role of BRAF mutations in patients with advanced colorectal cancer receiving cetuximab and panitumumab: a meta-analysis. *Eur J Cancer.* 2015;51(5):587-594. doi:10.1016/j.ejca.2015.01.054
 19. André T, Shiu KK, Kim TW, et al. Pembrolizumab in Microsatellite-Instability-High Advanced Colorectal Cancer. *N Engl J Med.* 2020;383(23):2207-2218. doi:10.1056/NEJMoa2017699
 20. Van Cutsem E, Cervantes A, Adam R, et al. ESMO consensus guidelines for the management of patients with metastatic colorectal cancer. *Ann Oncol.* 2016;27(8):1386-1422. doi:10.1093/annonc/mdw235
 21. Tabernero J, Van Cutsem E, Lakomý R, et al. Aflibercept versus placebo in combination with fluorouracil, leucovorin and irinotecan in the treatment of previously treated metastatic colorectal cancer: prespecified subgroup analyses from the VELOUR trial. *Eur J Cancer.* 2014;50(2):320-331. doi:10.1016/j.ejca.2013.09.013
 22. Tabernero J, Yoshino T, Cohn AL, et al. Ramucirumab versus placebo in combination with second-line FOLFIRI in patients with metastatic colorectal carcinoma that progressed during or after first-line therapy with bevacizumab, oxaliplatin, and a fluoropyrimidine (RAISE): a randomised, double-blind, multicentre, phase 3 study [published correction appears in *Lancet Oncol.* 2015 Jun;16(6):e262]. *Lancet Oncol.* 2015;16(5):499-508. doi:10.1016/S1470-2045(15)70127-0
 23. Kopetz S, Grothey A, Yaeger R, et al. Encorafenib, Binimetinib, and Cetuximab in BRAF V600E-Mutated Colorectal Cancer. *N Engl J Med.* 2019;381(17):1632-1643. doi:10.1056/NEJMoa1908075
 24. Mayer RJ, Van Cutsem E, Falcone A, et al. Randomized trial of TAS-102 for refractory metastatic colorectal cancer. *N Engl J Med.* 2015;372(20):1909-1919. doi:10.1056/NEJMoa1414325
 25. Grothey A, Van Cutsem E, Sobrero A, et al. Regorafenib monotherapy for previously treated metastatic colorectal cancer (CORRECT): an international, multicentre, randomised, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet.* 2013;381(9863):303-312. doi:10.1016/S0140-6736(12)61900-X

Autoren: Dr. med. Annabel H. S. Alig, Dr. med. Jobst C. von Einem, Prof. Dr. med. S. Stintzing

Korrespondierender Autor:



Dr. med. Annabel Alig
Assistenzärztin
Charité - Universitätsmedizin Berlin
Medizinische Klinik mit Schwerpunkt
Hämatologie, Onkologie und Tumor-
immunologie (CCM)
Charitéplatz 1, 10117 Berlin
Tel.: 030-450-613 258
Fax.: 030-450-7513337
E-Mail: annabel.alig@charite.de
www.tumor-online.de



Ganzheitliche Aromatherapie trifft Stomatherapie

Schon seit vielen Jahren beschäftige ich mich mit der Aromatherapie in meinem eigenen Umfeld. Die Aromatherapie - gut riechende Düfte - ist konträr zu meinem Arbeitsfeld, in dem ich meistens mit nicht so wohlriechenden Düften zu tun habe. Ich bin seit mittlerweile 15 Jahren im Bereich der Stomatherapie tätig und betreue die Patienten im Krankenhaus und in der häuslichen Umgebung. Häufig sind es die unangenehmen Gerüche, die den Patienten zu schaffen machen. Da ich gerne patientenorientiert arbeite, gefiel mir in dem Buch: "Praxis Aromatherapie" von Monika Werner und Ruth von Braunschweig, das Rezept für die Hydrolatmischung bei Stomapatienten sehr gut. Das wollte ich unbedingt ausprobieren. Vorab habe ich in unserer Klinik die Chefärzte und die Pflegedienstleistung gefragt, ob ich mit ätherischen Ölen an den Patienten arbeiten darf, sofern diese auch damit einverstanden sind. So habe ich mir die passenden Öle gekauft und mir selbst „ein Fläschchen“ gemischt. Die Auswirkung war erstaunlich. Auch die Patienten waren begeistert. Mit meinem „Laienwissen“ mischte mir die Apotheke vor Ort, das Öl „Stomatische schöne Haut“, welches die Patienten käuflich erwerben konnten. Mein Anspruch war, mich noch tiefer mit der Thematik zu beschäftigen, um auch in Zukunft meine Patienten bestmöglich betreuen zu können. Diese Facharbeit, die ich im Rahmen der Weiterbildung Aromatherapie erstellt habe, nutzt mir dazu sehr. Dazu sollen die verwendeten Öle genauer beleuchtet werden. Außerdem werden im Rahmen der Facharbeit noch ein paar Möglichkeiten der Verbesserung der „Geruchssituati-

on“ erarbeitet. Da der Patient eine ganzheitliche Betreuung erfahren soll, kann mit Hilfe der Öle der Körper, der Geist, die Emotionen und Energien in Einklang gebracht werden.

Aromatherapie

Die Aromatherapie ist ein Teil der Phytotherapie (Pflanzenheilkunde). Naturreine ätherische Öle werden aus Pflanzenmaterialien z. B. aus der Blüte, Wurzel, Kraut, Nadel, Frucht oder Blatt, mittels verschiedener Gewinnungsverfahren gewonnen. Synthetisch hergestellte Substanzen werden nicht verwendet, da sie keine Wirkung haben. Leichte Beschwerden lassen sich gut mit ätherischen Ölen behandeln, ansonsten kann man diese gut in eine ganzheitliche Behandlung mit einfließen lassen. (M. Werner, R.v.Braunschweig, 2016, S. 20)

In Deutschland wird der Begriff Aromatherapie nochmal differenziert in **Aromatherapie, Aromapflege und Aromakultur**.

Die **Aromatherapie** wirkt unterstützend in der Naturheilkunde und in der Schulmedizin. Die ätherischen Öle werden über Massagen, Einreibungen und Inhalationen im Körper aufgenommen. Das heißt über die Haut bei Massagen und Einreibungen, über die Nase bei den Inhalationen. Die orale Einnahme darf nur durch Heilpraktiker oder Ärzte verordnet werden. (campus naturalis, 2010, S. 8)

Die **Aromapflege** wird in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen von medizinischem Personal durchgeführt in Form von Waschungen, Bädern, Einreibungen und Inhalationen.

Als **Aromakultur** bezeichnet man die häusliche Arbeit mit ätherischen Ölen in Form von Raumbeduftungen mit Hilfe von Diffusern oder Duftlampen, Aromaküche und Aromakosmetik.

Gerüche eindämmen in der Stomatherapie

Gerüche können durch das Anpassen der Ernährung (Vermeiden von geruchserzeugenden Lebensmitteln) eingedämmt werden. Mit geruchshemmenden Lebensmitteln kann man zusätzlich dagegenwirken, wie z. B. Naturjoghurt und Petersilie. Jedes Beutelsystem verfügt über einen Kohlefilter, der Gerüche und Blähungen filtert. Laut den Herstellerangaben sind diese nur bis zu 24 Stunden aktiv. Danach ist ein Beutelwechsel empfohlen. Die Raumluft wird häufig von den Patienten mit Raumspray oder Duftkerzen beduftet.

Manchmal kommt es aufgrund verschiedener Ursachen zu Hautkomplikationen und Undichtigkeiten des Stomaversorgungssystems. Einige Probleme können nur durch einen chirurgischen Eingriff gelöst werden, oder durch fachliche Veränderungen der Versorgung. Bei der Problematik, der Hautmazeration und der Belastung durch den Geruch möchte ich nun den Betroffenen mit der Aromatherapie weiterhelfen.

Inhaltsstoffe

100 ml Rosenhydrolat
5 gtt Lavendel fein
5 gtt Pfefferminze
5 gtt Niaouli
5 gtt Benzoe Siam
3 gtt Rosengeranie

Aromaspray „Stomas schöne Haut“
(M. Werner, R.v.Braunschweig, 2016, S. 302)

Damit eine Duftmischung „rund“ ist sollte sie aus einer Kopf-, Herz- und Basisnote bestehen. In meinem Duftbeispiel ist das Hydrolat und die Pfefferminze die Kopfnote. Dieser Duft steigt in den Kopf, denn er ist luftig, leicht und frisch. Die Herznote besteht aus Lavendel, Rosengeranie und Niaouli. Dieser Duft zeigt den Charakter der Mischung.

Die Schwere der Basisnote kommt durch das Benzoe Siam dazu. Im nachfolgenden werden die einzelnen Komponenten näher beleuchtet.

Rosenhydrolat

Ein Hydroalot entsteht bei der Wasserdampfdestillation des ätherischen Öles. Das ätherische Öl bleibt auf der Wasseroberfläche und wird dann abgeschöpft. Das was übrig bleibt nennt man Hydrolat. Zu Unrecht wird es oft als „Abfallprodukt“ bezeichnet. Die wasserlöslichen und hydrophilen Moleküle des ätherischen Öles sind in dem Pflanzenwasser enthalten.

Die Haltbarkeit ist in dunklen Flaschen, bei kühler Lagerung ungefähr 1 Jahr. Das Rosenhydrolat eignet sich besonders für die Hautpflege von trockener und gereizter Haut und ist somit als Grundlage für das Spray, um die parastomale Haut zu schützen, optimal!
(S. Fischer-Rizzi, 2018, S. 26/27)

Lavendel fein (lavandula angustifolia)

Bei *Lavandula angustifolia* handelt es sich um ein Lippenblütengewächs, das seine Blütezeit von Juli bis August hat. Es wächst hauptsächlich in der französischen Provence, allerdings auch in Italien, Spanien, Marokko und Kroatien. Gewonnen wird das ätherische Öl per Wasserdampfdestillation von den frisch geschnittenen Rispen. Lavendel fein hat eine intensiv krautig riechende Herznote. Das Lavendelöl wurde im 1. Weltkrieg häufig in der Wundversorgung eingesetzt. Rene Maurice Gattefosse war Chemiker und hatte 1910 einen Unfall in seinem Chemielabor mit Verbrennungen. Diese tauchte er in Lavendelöl und bemerkte dann schnell eine wundheilende Wirkung. Des Weiteren wird es häufig als Allheilmittel bezeichnet. Die Wirkungsweisen auf körperlicher Ebene, die für meine Patienten wichtig sind, sind antibakteri-

ell, antiseptisch, zellregenerierend, wundheilend, entzündungshemmend, schmerzlindernd, und durchblutungsfördernd. Auf der psychischen Ebene können meine Patienten von der ausgleichenden, beruhigenden, aufbauenden und angstlösenden Wirkung profitieren.

Der Hauptinhaltsstoff des Lavendel fein sind 40-50 % Ester und 30-40 % Monoterpenole v. a. Linalool, darum ist dieses Öl sehr hautfreundlich.
(M. Werner, R.v.Braunschweig, 2016, S. 149-152)

Pfefferminze (mentha piperita)

Mentha piperita ist ein Lippenblütengewächs und das ätherische Öl wird per Wasserdampfdestillation des getrockneten Krautes gewonnen. Häufig wird es 2 mal im Jahr geerntet. Die Herkunft kann aus vielen Ländern sein, z. B. Italien, England, USA, Spanien, Frankreich. Das frische und kühl duftende Öl wirkt auf körperlicher Ebene vor allem antibakteriell, antimykotisch und entzündungshemmend, entgiftend, reinigend, zellerneuernd und epithelisierend und kann somit zur schnellen Wundheilung dienen, ausserdem wirkt es schmerzstillend. Auf psychischer Ebene wirkt es erfrischend und klärend. Es fördert die Konzentration und kann das Gedächtnis steigern. Aufgrund langjähriger Erfahrung hat es sich vor allen bei Kopfschmerzen bewährt. Bei Kindern unter 3 Jahren und Schwangeren sollte das Öl nur mit erhöhter Vorsicht, oder gar nicht angewendet werden, da es ca. 17-35 % Monoterpenketone enthält. Da ich solche Patienten nicht behandle, ist auch die Pfefferminze ein tolles pflegendes Öl für die Haut und spendet ihr Feuchtigkeit. (M. Werner, R.v.Braunschweig, 2016, S. 195-196) Das Pfefferminzöl sollte nur sehr sparsam dosiert werden.

Niaouli (melaleuca viridiflor)

Melaleuca viridiflora ist ein Myrtengewächs. Das Öl wird per Wasserdampfdestillation der Blätter und Zweige gewonnen. Es erinnert sehr an den Geruch des Cajeput. Der Niaouli Baum wächst in Madagaskar und Neukaledonien, dort nehmen die Wälder fast 2/5 des Landes ein. Das Niaouli Öl ist eine Wunderwaffe für Haut und Schleimhaut.

Es wirkt körperlich antibakteriell, gegen grampositive Kokken, *Staphylococcus aureus* und *Streptokokken*, dadurch ist

es gegen die Aggressivität der Ausscheidungen von Urin und Stuhlgang sehr positiv. Außerdem wirkt es antiseptisch, antimykotisch, entzündungshemmend, zellregenerierend, hautschützend und bindegewebsstabilisierend, somit ist dies sehr wichtig zur Herstellung einer intakten Haut. Auf der psychischen Ebene wirkte es stärkend, klärend und belebend. Das ist für die Patienten sehr hilfreich, da sie sich nach so einer Operation und Diagnosenstellung häufig in einem Ausnahmezustand befinden und ein klarer belebter Verstand sie dabei unterstützen kann, die nächste Zeit besser zu überstehen. (M. Werner, R.v.Braunschweig, 2016, S. 183-184) Aufgrund der guten hautpflegenden und hautregenerierenden Wirkung ist das Niaouliöl in einem russischen Medikament, „Rosalin“ enthalten, das zur Vorbeugung gegen Strahlenschäden und auch zur Behandlung von Strahlenschäden benutzt wird. (D. Wabner, C. Beier, 2012, S. 235)

Benzoe siam (styrax tonkinensis)

Styrax tonkinensis ist das Harz eines *Benzoe Baumes*, der in Malaysia, Indien, Thailand oder Indonesien wild wächst. Das Harz wird aus der Rinde per Extraktion in Weingeist gewonnen. Das Resinoid erinnert im Duft sehr an die Vanille, ist bräunlich harzig und duftet sehr balsamisch.

Bereits im alten Ägypten wurde es zum Räuchern benutzt und man wusste damals schon von der hautfreundlichen und lungenheilenden Wirkung.

Benzoe siam hat eine sehr wundheilende Wirkung und stärkt die Haut z. B. unter der Haftfläche der Stomaplatte. Es wirkt antimikrobiell, epithelisierend, desodorierend und ausgleichend, alles Eigenschaften, die die parastomale Haut benötigt. Auf der psychischen Ebene wirkt es entspannend und angstlösend und vermittelt Wärme und Geborgenheit. Dieses Gefühl brauchen die Stomapatienten nach einer Operation, um mit der Unsicherheit, wie geht es weiter umgehen zu können. (M. Werner, R.v.Braunschweig, 2016, S. 104-105)

Rosengeranie (pelargonium x asperum)

Pelargonium x asperum ist ein Storchenschnabelgewächs. Das Öl des buschähnlichen Krauts, wird per Wasser-

dampfdestillation der grünen Blätter gewonnen. Die Rosengeranie hat über 200 Inhaltsstoffe und ist somit sehr vielseitig einsetzbar. Besonders ihre hautfreundliche Wirkung ist ihre Stärke. Es wirkt körperlich antiviral, antibakteriell, antimykotisch und antiseptisch. Schmerzlindernd, beruhigend, entkrampfend, hautpflegend, wundheilend, Hämatome auflösend und Haut- und Schleimhautflora regulierend. Kurzum - eine richtige Wunderwaffe für die Haut.

Seelisch wirkt es stärkend, harmonisierend und ausgleichend.

(M. Werner, R.v.Braunschweig, 2016, S. 205-206)

Fazit

Nach dem genauen Beleuchten der ätherischen Öle kommt man zu dem Entschluss, dass dieses Öl sowohl für die Haut als auch für die Psyche theoretisch hilfreich sein kann. Die parastomale Haut wird gepflegt und gefestigt. Keime könnten reduziert werden, das Öl ist gut anwendbar auf der Schleimhaut und diese wird gestärkt. Die Ängste können gelöst werden. Der Patient kann sich geschützt fühlen und kann Klarheit erfahren. Allerdings würde ich die Mischverhältnisse mit meinem jetzigen Wissen etwas abändern. Ich würde die Rosengeranie auf alle Fälle auf 5 gtt, anstatt 3 gtt in der Rosenhydrolatmischung, erhöhen. Die Pfefferminze gibt Feuchtigkeit hat aber auch einen erhöhten Monoterpenketonanteil, darum würde ich diese auf 3 gtt, anstatt 5 gtt reduzieren. Die praktischen Beispiele sind im Folgenden dargestellt.

Praktische Beispiele

Am 28.11.2019 zeigt sich bei meiner Patientin Frau E. eine parastomale Hautmazeration. Diese zeigt sich um das Stoma von ca. 12 Uhr - 19 Uhr, unter dem Hautschutzring mit einer Breite von ca. 1,3 cm, der wahrscheinlich zu viel Feuchtigkeit abgegeben hat. Außerdem zeigen sich noch mehrere kleine diffuse Rötungen. Sie gibt ein Brennen und Schmerzen unter der Platte an. (Siehe Abb. Frau E.)

Die Haut ist bei der Reinigung sehr schmerzempfindlich. Ich frage sie, ob sie einverstanden ist, das wir die Haut mit dem „Stomas schöne Haut“ Öl auf die bereits gereinigte Haut behandeln. Laut ihren Angaben hat sie keine Aller-

gien auf irgendetwas und sie freut sich über ein natürliches Heilmittel. Der angenehme Geruch gefällt ihr besonders gut. Nachdem wir die Haut eingesprüht haben, lassen wir das Öl einwirken und arbeiten es dann mit einer Kompresse in die Haut ein, so dass die Haut trocken ist und wir die neue Versorgung wie gewohnt anbringen können. (Siehe 2. Abb.)

Am 2. Dezember wechseln wir wieder unser Versorgungssystem und es zeigt sich nur noch eine kleine Mazeration von ca. 0,5 cm Breite direkt am Stomarand von 12 Uhr - 18 Uhr. Die diffusen Hautrötungen sind verschwunden. Das Brennen und Schmerzen unter der Platte hat nachgelassen. Wir wenden wieder unser „Stomas schönes Haut“ Spray an und bringen danach wie gewohnt die neue Versorgung an. (Siehe 3. Abb.)

Am 5. Dezember 2019 ist die parastomale Hautrötung vollständig verschwunden. Eine kleine parastomale Hautmazeration von 12- 18 Uhr ist vorhanden. Allerdings ist diese im Vergleich zum 2.12. bereits rückläufig. Leider wurde die Patientin dann in die Reha verlegt, so dass ich das Öl nicht weiter anwenden konnte. Während ich meine Facharbeit schreibe, bekomme ich am 03.03.2020 folgendes Bild von Frau E. zugesandt. Frau E. fragt mich nach dem Öl, da ihre Haut wieder einige Hautrötungen aufweist und sie diese nicht in den Griff bekommt. Daran sieht man, das Öl bleibt in Erinnerung!

Ätherische Öle gegen unangenehme Gerüche

Den Patienten ist der Stuhlganggeruch häufig unangenehm und peinlich. Es gibt viele Strategien, wie die Betroffenen damit umgehen. Natürlich sollte das ausgiebige Lüften an erster Stelle stehen. Als häufigste Strategie begegnet mir das synthetische Toilettenspray, das oftmals nicht zu knapp verwendet wird. Das macht den Geruch allerdings noch schlimmer. Er riecht stark und penetrant und sorgt häufig für Kopfschmerzen. Nach dem Versorgungswechsel wird ein Streichholz im Badezimmer angezündet. Eine Tablette Süsstoff wird in den Beutel gelegt - das wirkt tatsächlich, allerdings findet sich in der Literatur keine Begründung diesbezüglich. Gibt man auf einen unange-

nehmen Geruch noch einen zusätzlichen Geruch dazu, kann dieser genau das Gegenteil bewirken und noch schlechter und unangenehmer riechen. Hier einige gängige ätherische Öle, die sich zur **Raumbeduftung** besonders gut bei den Stomapatienten und ihrer Problematik eignen.



Abb. Frau E.



2. Abb.



3. Abb.

Luftreinigend und luftdesinfizierend

Bergamotte (citrus bergamia)
Lavendel (lavandula angustifolia)
Lemongrass (cymbopogon flexuosus)
Rosmarin Cineol (rosmarinus officinalis CT1,8-cineol)

Rautengewächs
Lippenblütler
Süßgras
Lippenblütler

Stimmungsaufhellende Wirkung /angstlösend

Mandarine (citrus reticulata)
Orange (citrus sinensis)
Jasmin (jasminum grandiflorum)
Zedernholz (cedrus atlantica)

Rautengewächs
Rautengewächs
Ölbaumgewächs
Kiefernengewächs

Stärkende Wirkung

Cajeput (melaleuca cajeputi)
Kamille römisch (chamaemelum nobile)
Kiefernadel (pinus silvestris)
Melisse (melissa officinalis)
Patchouli (pogostemon cablin)
petit grain Bitterorange (citrus aurantium)

Myrtengewächs
Korbblütengewächs
Kiefernengewächs
Lippenblütler
Lippenblütler
Rautengewächs

Arten der Raumbeduftung

Zuerst sollte zur Raumbeduftung erwähnt werden, dass die Beduftung nur im Intervall stattfinden sollte. Eine halbe Stunde - bis Stunde. Dies kann bei Bedarf über den Tag dann noch mehrmals wiederholt werden. Von einer kontinuierlichen Beduftung wird abgeraten, da sich diese in eine gegenteilige Wirkung auswirken können und es zu Kopfschmerzen und Unwohlsein führen kann.

Duftlampen sind erhältlich aus Keramik, Stein, Metall oder Glas. Sie haben eine Schale für Wasser, das mit einer Kerze oder als elektrische Variante, mit einer Lampe erhitzt wird. In das Wasser werden einige Tropfen des ätherischen Öles beigefügt. Im Krankenhaus eignet sich dazu auch eine Schale, die mit Wasser gefüllt ist und die dann auf die Heizung gestellt werden kann. Die Menge der Tropfen richtet sich nach der Größe des Raumes. Lieber mit weniger Tropfen beginnen. Bei der Anwendung der Duftlampen sollte beachtet werden, dass bei der Erhitzung die Öl Moleküle an den Rand der Schale geschoben werden. Dort oxidieren sie und hinterlassen einen Kleberand. Dazu entstehen meistens unbekannte Zersetzungsprodukte. Dies ist meistens der Grund, wieso die Menschen Kopfschmerzen bei dieser Art der Anwendung bekommen. (D. Wabner, C. Beier, Aromatherapie, 2012, S. 102-103)

Duftsteine gibt es in elektrischer Variante in Form einer kleinen Schale aus Ke-

ramik, oder einem saugstarken Keramikstein in verschiedenen Formen oder Motiven. Auf diesen Duftstein gibt man einige Tropfen des gewünschten Öles, natürlich auch je nach Größe des Raumes. Dieser gibt einen dezenten Duft ab und verflüchtigt sich schnell.

Diffuser sind elektrische Vernebler. Sie bringen kleine Duftmoleküle mit Wasserdampf in die Raumluft. Der Vorteil der Diffuser ist, dass diese meistens über eine Zeitschaltuhr verfügen und man somit den Raum gut im Intervall beduften kann. Die Öle können mit einem Hydrolat oder destilliertem Wasser, um Kalkrückstände zu vermeiden, in den Diffuser gegeben werden.

Raumsprays eigenen sich zum schnellen Beduften von Räumen, um eine Wirkweise zu erzielen. Sie verflüchtigen meistens auch wieder recht schnell. Als Basis kann man ein Hydrolat oder Alkohol verwenden.

Mentale Stabilität und Unterstützung des Loslassens

Ätherische Öle können vielfältig eingesetzt werden und ein Öl hat verschiedene Wirkungsweisen. Das können wir uns zum Vorteil machen. Außerdem möchte ich meine Patienten ganzheitlich betreuen. Zu Verdauungsproblemen schreibt Louise L. Hay in ihren Buch Heile deinen Körper „abgelagerte Reste, alter wirrer Gedanken verstopfen den Ausscheidungsweg. Schwelgen im klebrigen Schlamm der Vergangenheit“

(L. Hay, 1989, S. 32)

Dazu gibt Frau Hay ein sehr gutes Beispiel. Wir haben eine tolle Verdauung und freuen uns, wenn wir einen ordentlichen Stuhlgang produzieren. Danach betätigen wir die Toilettenspülung und spülen den Stuhlgang weg. Niemand kommt auf die Idee in die Kanalisation zu steigen, um nochmal nach seinem Stuhlgang zu schauen. Anders bei unseren Erlebnissen, Erfahrungen und Problemen aus der Vergangenheit, diese können wir nicht als abgehakt „runterspülen“. Da wird immer wieder „im Müll der Vergangenheit“ gewühlt, überlegt und analysiert. (L. Hay, 2017, S. 104) Unter Krebs leiden sehr viele Stomapatienten, da schreibt sie „Tiefe Verletzungen, lange bestehender Groll, tiefes Geheimnis oder Trauer, die am Selbst nagen. Trägt Hass in sich, empfindet Sinnlosigkeit“ (L. Hay, 1989, S. 55) Das zeigt mir, dass es nicht nur mit der Operation und der Versorgung getan ist. Der Betroffene hat die Möglichkeit an seinem Leben etwas zu ändern, nochmal etwas „loszulassen“. Es wird sich nicht jeder darauf einlassen, aber ich möchte meinen Patienten das Angebot mit Hilfe eines Duftes machen.

„Ein Duftzuckerl für den Tag“

Ich habe den Patienten nach meinem Versorgungswechsel einen Duft mit in den Tag gegeben. Sie durften zwischen vier Ölen auswählen, die die Eigenschaft der Klarheit, des Loslassens und der Stärke haben. Die Bergamotte, die Grapefruit, die Zeder und den Lavendel. In der Krankenhauszeit haben die Patienten Ängste, wissen nicht was auf sie zu kommt, was die Zeit bringt. Oft sind es Zufallsdiagnosen und die Menschen haben das Gefühl, das die Welt zusammenbricht. Existenzängste. Sie haben Schmerzen, Unwohlsein, Übelkeit. Der ganze Körper ist im Ausnahmezustand. Die einen ziehen sich zurück, die anderen schreien ihr Leid raus, weinen viel oder sind sehr gesprächig. Von dem Öl ihrer Wahl habe ich ihnen auf eine Kompresse ein bis zwei Tropfen gegeben, und sie konnten tagsüber daran schnuppern, je nach Bedürfnis und Gefallen und somit von der Wirkungsweise profitieren.

Bergamotte (citrus bergamia)

Citrus bergamia ist ein Rautengewächs, das aus Italien kommt. Dieses Öl wird per Kaltpressung der unreifen Frucht-

schalen gewonnen. Es duftet fruchtig, frisch, klar und hat eine leichte Süße. Das Öl enthält als Inhaltsstoff unter anderem Furocumarine und somit muss auf die Photosensibilität geachtet werden. Nach Anwendung auf der Haut, soll man nicht in die Sonne gehen. Es könnte zu Hautausschlägen und Reizungen führen. Körperlich wirkt die Bergamotte stark antibakteriell, antiviral, desinfizierend, antiseptisch, immunstimulierend und entkrampfend. Auf psychischer Ebene wirkt es stimulierend, entspannend, angstlösend, stimmungsaufhellend und sorgt für Klarheit. Somit kann es u. a. eingesetzt werden bei nervös bedingten Verdauungsbeschwerden, Muskelverspannungen, Konzentrationsschwierigkeiten, Schlafstörungen (M. Werner, R.v.Braunschweig, 2016, S. 106-108)

Grapefruit (*citrus paradisi*)

Die Citrus paradisi, im Volksamen auch Pampelmuse genannt, ist ein Rautengewächs und kommt aus Israel und den USA. Die Grapefruit ist ein immergrüner Baum, das Öl wird per Kaltpressung der Schalen gewonnen. Der Duft ist sehr frisch, fruchtig, hell mit einem herben Unterton. Grapefruit ist der „Happy-maker“, er sorgt für Fröhlichkeit, Lebenslust und Leichtigkeit.

Das ist dem Inhaltsstoff Merkaptan zuzuschreiben. Er ist eine schwefelhaltige Verbindung, die eine sehr hohe Geruchsintensität zeigt. Diese Duftstoffe sollen eine sehr gute psychische Wirkung zeigen.

Furocumarine sind auch in diesem Rautengewächs zu finden, deshalb sollte auch hier auf die Photosensibilität geachtet werden. Auf körperlicher Ebene wirkt die Grapefruit antiseptisch, immunstimulierend, entkrampfend, belebend und luftreinigend. Psychisch wirkt sie sehr anregend, fördert die Konzentration und hellt die Stimmung auf.

Dadurch kann sie gut angewendet werden zur Raumluftdesinfektion, bei Kopfschmerzen, Übelkeit, depressiven Verstimmungen, Ängsten und auch zur Begleitung bei einem Entzug. (M. Werner, R.v.Braunschweig, 2016, S. 129-130)

Zeder (*cedrus atlantica*)

Cedrus atlantica ist ein Kiefergewächs das im Libanon seine Heimat hat. Dort sind Bäume zu finden, die bis zu 2500 Jahre alt geschätzt werden. Da der Bestand dort nur noch sehr gering ist,

kommt das heutige Öl aus dem südfranzösischen Atlasgebirge oder aus Marokko. Die Zeder ist in der Baumwelt ein majestätischer und kraftvoller Baum, der in sehr hoher Höhe wächst. Er ist bis zu 30 m groß und benötigt mit seinen ausladenden Ästen viel Platz. Er steht dort unerschütterlich mit voller Harmonie.

Das duftende Holz hält Insekten davon ab, dies zu zerfressen. Diese genannten Eigenschaften zeigen sich auch in der Wirkungsweise des Öls und es wird auch gerne das „Kraftöl“ genannt. (S. Fischer-Rizzi, 2018, S. 108.)

Das ätherische Öl wird durch die Wasserdampfdestillation des Holzes gewonnen. Es ist zähflüssig und riecht warm, holzig und balsamisch. Es gibt in schwierigen Zeiten mehr Selbstvertrauen und macht uns mutig, wenn man neue Wege gehen muss. Auf der körperlichen Ebene wirkt es sehr entzündungshemmend, stillt den Juckreiz, und ist sehr antiallergisch, es stillt den Schmerz, löst den Schleim und wirkt gegen Hautparasiten. Psychisch wirkt das Öl sehr stimmungsaufhellend, stärkend, angstlösend, beruhigend und harmonisierend. Somit kann man es gut bei Lungenerkrankungen, Parasiten, Schlafstörungen, depressiven Verstimmungen, Trauer und Ängsten anwenden.

(M. Werner, R.v.Braunschweig, 2016, S. 246-247)

Lavendel fein (*lavandula angustifolia*)

Mit diesem Duft habe ich mich bereits weiter vorne in der Facharbeit beschäftigt. Aufgrund seiner großen Wirkungsweise und der Vielfalt an Indikationen, habe ich auch dieses Öl in meine Auswahl genommen.

Es wirkt beruhigend, angstlösend, entspannend, ist gut bei Verdauungsbeschwerden, schmerzreduzierend.

Beobachtung

Das Ergebnis des „Duftzuckerl“ ist nicht messbar, ich kann mich nur auf die Antworten der Patienten berufen. Die meisten haben dies sehr gerne angenommen und bei meinem nächsten Besuch erneut danach verlangt. Sie gaben ganz unterschiedliche Wirkungsweisen an. Natürlich auch je nach Duftauswahl. „Mich hat dieser Geruch so fröhlich gemacht“

„Auf einmal war das Loch nicht mehr ganz so tief“

„Es hat mich an sie erinnert und ich

wusste, dass ich das schaffen werde.“

„Es erinnert mich an meine Mutter.“

„Ich mochte da gar nicht mehr dran riechen“

„mmhh lecker“

„Ich hatte weniger Angst“

„Danke“

„Der Duft ist so kraftvoll“

„Wenn ich zu viele schlechte Gedanken hatte, habe ich mir gerne ihre Komresse genommen“

Ein paar wenige konnten damit gar nichts anfangen und ich konnte beobachten, dass ein Herr die Komresse nach dem ersten Riechen bereits in den Tischabfall geworfen hat. Ausserdem konnte ich beobachten, dass eher Frauen das „Duftzuckerl“ angenommen haben und sich für das Thema interessierten. Im Laufe dieser Maßnahme habe ich die Komresse auf einen Heilwollschmetterling, den man am Bettaufrichter befestigen kann, umgestellt. Diesen habe ich während meinem Praktikum kennengelernt. Er sieht dekorativ aus und sorgt somit für einen Hingucker in den tristen Krankenzimmern.



Abb. Heilwollschmetterling

Ergebnis

Ganzheitliche Aromatherapie trifft Stomatherapie ist eine Bereicherung für die meisten Patienten. Es bringt den Körper anhand des Aromasprays, die Emotionen und den Geist anhand des Duftzuckerls und den daraus entstehenden Gesprächen wieder in Einklang. Die Menschen merken, dass sie etwas zu ihrer Gesundheit beitragen können und sie etwas an der Hand haben, welches sie unterstützt und leitet und mit dem, und an dem sie selbständig arbeiten können. Das ätherische Öl ist ein Entwicklungshelfer. Anhand der praktischen Beispiele konnte man sehen, dass sich das geschädigte Hautbild

mit Hilfe eines Aromasprays von einem Wechsel zum nächsten bereits verbesserte. Die veränderte Dosierung, die ich in der Zukunft verwenden werde, habe ich bereits erwähnt. Das „Duftzucker!“ bietet den Patienten die Möglichkeit wieder klarer zu sehen, kann die Angst reduzieren und einfach für Wohlbefinden sorgen. Es kann ihnen Kraft geben, um die nächste schwierige Zeit zu bewältigen.

Allerdings ist mir aufgefallen, dass die weiblichen Patienten und auch Angehörigen viel sensibler und offener für die Aromatherapie sind als die Männlichen. Auch gegen den Geruch gibt es einige Tipps, die man den Patienten mit auf den Weg geben kann, eventuell auch in Form eines Flyers. Dort könnte man die möglichen Raumbeduftungsarten und die wichtigsten Öle mit der Wirkungsweise auführen.

In der Facharbeit habe ich viele Lösungsansätze ausgearbeitet und an den Patienten getestet. Die Resonanz war durchweg positiv. Das zeigt mir,

dass ich auf alle Fälle weiterhin die ätherischen Öle in meine Arbeit der Stomatherapie miteinbeziehen und immer wieder neue Sachen austesten werde.

Während dem Schreiben der Facharbeit gingen immer wieder neue Türen für mich auf, die mir auch zeigten, dass dies der richtige Weg ist. In meinem Krankenhaus hat die Pflegedienstleitung die Erlaubnis gegeben, dass ich mit 2 Aromapraktikerinnen aus unserem Hause dieses Tätigkeitsfeld weiter ausbauen darf. Wir dürfen nun mit kleinen Massageeinheiten oder Raumbeduftungen die Patienten während ihrem Krankenhausaufenthalt unterstützen.

Literatur:

campus naturalis, Aromatherapie und Aromapflege 2010,
S. Fischer-Rizzi, Himmlische Düfte, 2018
Louise L. Hay, Ernährung für Körper und Seele, 2017
Louise L. Hay, Heile deinen Körper, 1989

D. Wabner, C. Beier, Aromatherapie 2012
M. Werner, R.v.Braunschweig, Praxis Aromatherapie, 2016



Alexandra Keuthen
Pflegeexpertin Stoma, Kontinenz und Wunde
Aromatherapeutin
Schwabhausen
alexkeuthen@googlemail.com

Sanitätshaus Aktuell

Unser Lächeln hilft



Werden Sie Teil
des Lächelns.

Als einer der führenden Anbieter für Homecare-Versorgung sind unsere über 90 care teams immer auf der Suche nach neuen qualifizierten Fachkräften. Nutzen Sie jetzt die Chance und werden Teil des Teams in einem unserer Sanitätshäuser mit dem Lächeln.

Mit über 700 Standorten und mehr als 8.000 Fachkräften zählen die Sanitätshaus Aktuell AG und ihre über 480 Mitgliedsbetriebe zu den führenden Dienstleistungsunternehmen der Gesundheitsbranche. Mehr als 500 spezialisierte und examinierte Mitarbeiter in über 90 care teams machen unsere Gemeinschaft auch im Bereich der Homecare-Versorgung zu einem der führenden Anbieter auf dem deutschen Markt. Für eine erfolgreiche Zukunft investieren wir kontinuierlich in qualifiziertes Personal.



www.sani-aktuell.de/jobs
Sanitätshaus Aktuell AG
Auf der Höhe 50 | 53560 Vettelschoß
www.sani-aktuell.de

Der Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“

Expertenstandards in der Pflege

Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) sind Instrumente der pflegerischen Qualitätsentwicklung. Sie unterstützen die kontinuierliche Verbesserung der Pflegequalität in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen und fördern durch aktiven Theorie-Praxis-Transfer die Professionalisierung der Berufsgruppe. Sie definieren ein professionell abgestimmtes Qualitätsniveau, indem die Qualitätsziele im Rahmen der Expertenstandardentwicklung durch die Berufsgruppe selbst festgelegt werden (DNQP 2019a). Begonnen hat das DNQP mit der Entwicklung von Expertenstandards im Jahre 1999 und mittlerweile sind die neun vorliegenden Expertenstandards, beispielsweise zur Dekubitusprophylaxe, zur Kontinenzförderung oder zur Pflege von Menschen mit chronischen Wunden, in der Pflegepraxis weit verbreitet.

Expertenstandards benennen die Zielsetzung, Handlungsspielräume und Handlungsalternativen interaktionsreicher pflegerischer Aufgaben in der direkten Versorgung pflegebedürftiger Menschen. Sie beruhen auf aktuellen theoretischen und praktischen Erkenntnissen, die analysiert, bewertet und in eine praxistaugliche Form übertragen werden. Der formale Aufbau von Expertenstandards ist immer gleich. Sie enthalten eine übergeordnete Zielsetzung und Begründung sowie evidenzbasierte Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien, die sich an den Schritten des Pflegeprozesses orientieren. Somit werden zu jedem pflegerischen Handlungsschritt von der Einschätzung eines Pflegerisikos über die Planung und Durchführung von Maßnahmen bis hin zur Evaluation spezifische strukturelle Voraussetzungen sowie praktische Handlungen empfohlen und es wird ein gewünsch-

tes Ergebnis benannt, dessen Erreichen messbar ist. Die Kriterien sind soweit als notwendig abstrakt formuliert, um der Vielzahl möglicher Pflegesituationen und Versorgungsbereiche Rechnung zu tragen. Ihre Umsetzung wird durch umfangreiche Kommentierungen unterstützt. Damit bieten Expertenstandards eine Grundlage für die Weiterentwicklung des Pflegehandelns im Hinblick auf bestehende Qualitätsprobleme oder zu erwartende Qualitätsrisiken für pflegebedürftige Menschen in Krankenhäusern, Pflegeheimen und allen anderen Einrichtungsarten.

Der Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“

Der Expertenstandard (DNQP 2019b) stellt das Bedürfnis und den Bedarf von Menschen mit Demenz nach dem Erhalt und der Förderung ihrer sozialen und personalen Identität und der Stärkung ihres Person-Seins in den Mittelpunkt. Er nimmt dementsprechend keinen defizitorientierten Blick auf die Pflege von Menschen mit Demenz ein, sondern konzentriert sich auf personenzentrierte Interaktions- und Kommunikationsangebote, die die Beziehung von Menschen mit Demenz zu anderen Menschen, das Erleben von Gemeinschaft und die Teilhabe am Alltagsleben erhalten und fördern sollen. Hierauf begründet sich die Zielsetzung des Expertenstandards, nach der jeder pflegebedürftige Mensch mit Demenz Angebote zur Beziehungsgestaltung erhält, die sein Gefühl, gehört, verstanden und angenommen zu werden sowie mit anderen Personen verbunden zu sein, erhalten oder fördern (Roes et al. 2019).

Umsetzung des Expertenstandards

Bedeutsam für die Umsetzung des Expertenstandards und für eine gelingen-

de Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz ist, die Person des Menschen mit Demenz in den Mittelpunkt zu stellen. Der Fokus liegt auf der Gestaltung von Beziehung und es geht vornehmlich darum, „wie“ etwas getan wird und weniger darum, „was“ zu tun ist. Damit wird ein essentieller, aber vielfach vernachlässigter Bereich der Pflege betont: das in Beziehung treten. Förderlich dafür sind eine personenzentrierte Haltung und ein entsprechendes Pflegeverständnis, das auf personenzentrierten Pflegekonzepten und einer entsprechenden Pflegekultur in den Einrichtungen beruht. So ist es auch in den Strukturkriterien des Expertenstandards festgehalten, die ebenso herausstellen, dass Pflegenden eine entsprechend fundierte Wissens- und Kompetenzbasis zur Pflege von Menschen mit Demenz benötigen.

Dies gilt insbesondere für die pflegerische Einschätzung der Bedürfnisse und Bedarfe in der Beziehungsgestaltung der Menschen mit Demenz sowie für die Planung und das Angebot entsprechender Maßnahmen. Diese sollten nicht auf Zuschreibungen beruhen, die beispielsweise dem Verhalten von Menschen mit Demenz eine bestimmte Absicht unterstellen. Pflegeprobleme sind somit nicht aus institutioneller Sicht, sondern möglichst aus der Perspektive des Menschen mit Demenz zu betrachten. So ist beispielsweise nicht von Belang, ob eine motorische Unruhe eines Menschen mit Demenz den Stations- oder Wohnbereichsablauf stört, sondern es sollte eine möglichst verstehende Perspektive eingenommen werden, die versucht, das Verhalten aus Sicht des Menschen mit Demenz zu betrachten. Im Mittelpunkt der Einschätzung von Unterstützungsbedarfen in der Beziehungsgestaltung stehen im Sinne des Expertenstandards kognitive, exekutive und kommunikative Fähigkeiten und Funktionen der Menschen mit Demenz, ihre motorischen Fähigkeiten,

ihre Möglichkeiten visueller Wahrnehmung, ihre soziale Kognition und ihre Biografie. Dabei geht es um die Neugierde auf die Person, um Wertschätzung, einen Perspektivenwechsel und damit den Versuch, die Welt aus Sicht des Menschen mit Demenz zu betrachten. Werden die gewonnenen Informationen zusammengetragen und miteinander verbunden, kann ein Verstehen des Menschen mit Demenz beginnen.

Dies bildet die Grundlage für pflegefachliche Angebote zur Beziehungsgestaltung und ermöglicht es den Pflegenden darüber hinaus, beziehungs-gestaltende Aspekte in jegliches Pflegehandeln zu integrieren. Das Pflegehandeln kann auf diese Weise Unterstützungsbedarfe in der Beziehungsgestaltung des Menschen mit Demenz ebenso berücksichtigen, wie mögliche Schwankungen von Fähigkeiten und Bedürfnissen im Tages- und Demenzverlauf. Schwerpunkte beziehungs-fördernder Angebote und Maßnahmen sind Lebensweltorientierung, Wahrnehmungsförderung sowie Wertschätzung und Zuwendung. Die Evaluation von Maßnahmen findet dabei vornehmlich in dialogischen Prozessen innerhalb der Pflegeteams statt. So werden insbesondere Fallbesprechungen und die Reflektion von Interaktionen zwischen Pflegenden und Menschen mit Demenz als zentrale Methoden empfohlen, um zu fachlichen Einschätzungen zu gelangen. Ziel der Evaluation ist, den Einfluss von beziehungs-gestaltenden Maßnahmen auf Stimmung und Affekt, Beziehung und Interaktion, Betätigung und Eingebunden-Sein sowie auf das Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit der Menschen mit Demenz einschätzen zu können und die pflegerischen Maßnahmen darauf auszurichten.

Herausforderungen bei der Umsetzung

Waren es in der Vergangenheit eher die Ausgestaltungen einzelner Pflegeprozessschritte, beispielsweise das Vorgehen zur Schmerzeinschätzung oder die Auswahl geeigneter Maßnahmen der Kontinenzförderung, die nach der Neuentwicklung eines Expertenstandards als Herausforderungen bei seiner Umsetzung angesehen wurden, liegen sie bei diesem Expertenstandard eher auf den strukturellen Voraussetzungen.

Dies ist auch nach den ersten Praxiserfahrungen mit dem Expertenstandard sichtbar (DNQP 2019c). Bestehende Strukturen, Vorerfahrungen und Rahmenbedingungen haben erheblichen Einfluss darauf, wie umfassend die Inhalte des Expertenstandards angewendet werden können. Entscheidend erscheint zunächst, ob er in einem bereits auf die Pflege von Menschen mit Demenz spezialisierten Bereich umgesetzt wird und welche Vorerfahrungen bestehen. Einrichtungen, in denen bereits person-zentrierte Konzepte als Grundlage für die Pflege von Menschen mit Demenz dienen, können diese bei Bedarf um die Inhalte des Expertenstandards erweitern und erleben dann vergleichsweise wenige Hürden zum Erreichen des angestrebten Qualitätsniveaus. Demgegenüber stehen Einrichtungen, deren Pflegehandeln vermehrt verrichtungsorientiert und funktional ausgerichtet ist vor der Herausforderung, das Pflegeverständnis und die Pflegeorganisationsform mit den Inhalten des Expertenstandards in Einklang zu bringen und sie müssen bei seiner Umsetzung deutlich grundständiger beginnen.

Besonders in Einrichtungen mit stärker ausgeprägter Verrichtungsorientierung und starrerem organisatorischen Strukturen beeinflussen oftmals die Rahmenbedingungen den Stellenwert beziehungs-fördernder und -gestaltender Pflege von Menschen mit Demenz. Eine Rolle spielen hierbei Ansprüche an einen gelingenden Stations- oder Wohnbereichsablauf, fehlende Bereitschaft zur Veränderung von geplanten Pflegemaßnahmen oder von Tagesstrukturen und, vor allem in den Krankenhäusern, die Dominanz notwendiger Schwerpunktaufgaben in Diagnostik und Therapie. Andererseits zeigt der Expertenstandard die Möglichkeiten auf, eine gelingende Pflege von Menschen mit Demenz zu gestalten. Als Beispiele hierfür können die individuelle, biografiegeleitete und beziehungs-fördernde Gestaltung des Alltags und eine angemessene Milieugestaltung des Umfelds genannt werden. Während die Milieugestaltung dabei eine türöffnende Funktion für die Interaktion und Kommunikation einnimmt, bieten die Biografieorientierung und die beziehungs-fördernde Alltagsgestaltung den Menschen mit Demenz einerseits Sicherheit und

geben andererseits ihrer Individualität eine Bedeutung. Pflegerische Herausforderung ist, sich an die Möglichkeiten und Bedürfnisse des Menschen mit Demenz anzupassen und Schwankungen im Demenzerleben der Person zu berücksichtigen. Letztendlich bedeutet dies, dass eine „Pflege wie immer“ seltener möglich und eine „Pflege wie es geht“ zur Normalität wird. Für Akutkrankenhäuser stehen dabei zunächst Orientierungshilfen, Angstminderung und Vertrauensaufbau im Vordergrund, die vor allem durch eine kontinuierliche Begleitung der Menschen mit Demenz erreicht werden können. In der Langzeitpflege sind beziehungs-fördernde und -gestaltende Angebote im Zusammenhang mit den pflegerischen Kernaufgaben von Bedeutung und sollten gezielt im Rahmen täglicher Aktivitäten eingesetzt werden. In beiden Fällen ist die Beziehungsgestaltung keine isolierte Pflegeverrichtung, sondern sollte im Sinne der person-zentrierten Pflege Grundlage und Bestandteil jeglichen Pflegehandelns sein, also beispielsweise ebenso bei der Körperpflege, bei Toilette-gängen oder bei Verbandswechseln, wie auch im Rahmen von tagesstrukturierten Beschäftigungsangeboten.

Die Förderung einer person-zentrierten Haltung zeigt sich allerdings als größere Herausforderung, die aber durch ein Zusammenspiel unterschiedlicher Aspekte gemeistert werden kann. Hierzu gehören die Wissens- und Kompetenzsteigerung der Pflegenden und vor allem einrichtungsseitig gewährte organisatorische und strukturelle Rahmenbedingungen. Erheblichen Einfluss auf die Haltungsbildung haben person-zentrierte Konzepte, allerdings nur unter der Voraussetzung, dass sie in den Einrichtungen mit Leben gefüllt sind und nicht ausschließlich aus formalen Gründen entwickelt wurden. Eine dauerhafte Umsetzung der Expertenstandardinhalte ist abhängig von der Lebendigkeit solcher Konzepte in den Einrichtungen. Diese Lebendigkeit kann durch regelmäßige Fort- und Weiterbildungen, die Etablierung unterschiedlicher Qualifikationsniveaus in den Pflegeteams, die Klärung der Rollen der Pflegenden und ihres Beitrags an der Versorgung von Menschen mit Demenz, der Stärkung der interdisziplinären Zusammenarbeit und durch

personelle Kontinuität in den Einrichtungen befördert werden.

Fazit

Die Besonderheit des Expertenstandards „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ liegt in seiner Betonung der Personenzentrierung als Grundlage für die Pflege von Menschen mit Demenz. Damit stellt er eine strukturelle Voraussetzung in den Mittelpunkt, ohne die seine Umsetzung und damit das Erreichen des angestrebten und von der Berufsgruppe gewollten Qualitätsniveaus nicht vollumfänglich möglich wird. Vorrang und Ziel seiner Umsetzung sollten also nicht in der formalen Erfüllung von Kriterien liegen, sondern in der Bildung und Verstetigung eines entsprechenden und auf Konzepten beruhenden Pflegeverständnisses, um im Sinne des Expertenstandards eine beziehungs-gestaltende und -fördernde Pflege zu ermöglichen, die zu einer Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit Demenz beiträgt.

Literatur

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2019a): Methodisches Vorgehen zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege und zur Entwicklung von Indikatoren zur Pflegequalität auf Basis von Expertenstandards. Osnabrück: DNQP. Online: <https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Weiterere/DNQP-Methodenpapier2019.pdf>

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2019b): Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz. Osnabrück: DNQP

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2019c): Die modellhafte Implementierung des Expertenstandards Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz. Projektbericht und Ergebnisse. Osnabrück: DNQP

Roes, M.; Bieber, A.; Burbaum, J.; Dichter, M.N.; Fröhlich, B.; Gille, G.; Haberstroh, J.; Halek, M.; Hasenbein, B.; Jan-

sen, S.; Johannes, S.; Kessler, M.; Kuckert-Wöstheinrich, A.; Lotzen, R.; Müller-Hergl, C.; Purwins, D. (2019): Der Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz. In: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.): Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz. Osnabrück: DNQP, S. 24-69

Heiko Stehling, MScN
Hochschule Osnabrück
Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
H.Stehling@hs-osnabrueck.de



Der Expertenstandard mit Kommentierungen und ausführlicher Literaturliteraturanalyse ist ebenso wie der Bericht zum Implementierungsprojekt über die DNQP-Website (www.dnqp.de) bestellbar.

Vertrauen teilen Für ein aktives Leben Ihrer Patienten

Als Homecare-Unternehmen in den **Versorgungsbereichen Stoma, Kontinenz und Wunde** sowie in der **enteralen und parenteralen Ernährungstherapie**, verstehen wir uns als Bindeglied zwischen dem Patienten und allen Beteiligten, die in den Genesungsprozess und die Therapieplanung involviert sind.

Zur **Erweiterung unseres Teams** suchen wir bundesweit in verschiedenen Regionen zum nächstmöglichen Zeitpunkt examinierte Altenpfleger oder Gesundheits- und Krankenpfleger (w/m/d) im Außendienst. Werden Sie Teil unseres Teams: www.actario.de/karriere



Actario
aktiv für den Menschen.





Stoma
Skin
Soul



Wohlfühlen in
der eigenen Haut

Jen, Morbus Cron Heldin

**Der NovaLife TRE Hautschutz wurde entwickelt,
um die Haut bei der Erhaltung ihrer natürlichen
Gesundheit zu unterstützen.**

- Bietet sicheren Halt und ist dennoch einfach zu entfernen
- Entwickelt zur Absorption von Stomaausscheidung und Schweiß zum Schutz Ihrer Haut
- Entwickelt, um die hautschädigenden Auswirkungen von Verdauungsenzymen auszugleichen



Plan • Soft konvex & Konvex • 2-teilig

Erfahren Sie mehr über den NovaLife TRE Hautschutz und fordern Sie Ihr kostenloses Muster an: **Tel. 0800 / 888 33 88** oder auf **www.dansac.de/tre**





Menschen mit Demenz im Krankenhaus

Etwa die Hälfte der Patientinnen und Patienten in Allgemeinkrankenhäusern ist älter als 60 Jahre, etwa 12 Prozent sind von einer Demenzerkrankung betroffen. Ihr Anteil wird in Zukunft voraussichtlich erheblich steigen. Wenn Demenzerkrankte wegen eines Bruchs oder einer Herzerkrankung in ein Krankenhaus aufgenommen werden, ist „Demenz“ meist nur eine „Nebendiagnose“. Vielfach werden Demenzerkrankungen erst während des Klinikaufenthaltes bemerkt, manchmal gar nicht.

Die meisten Krankenhäuser sind bisher nicht auf Menschen mit Demenz eingestellt und viele Angehörige berichten von schlechten Erfahrungen. Es gibt aber auch positive Beispiele. Und es gibt mittlerweile einige Projekte, die versuchen gute Konzepte für die Versorgung von Demenzerkrankten in den Krankenhäusern zur Umsetzung zu bringen.

Was sich in den Krankenhäusern ändern sollte

Um die Situation Demenzkranker in den Krankenhäusern wesentlich zu verbessern, müssen die Probleme von allen Beteiligten gemeinsam angegangen werden. Besonders wichtig sind dabei Verbesserungen in drei Bereichen:

- Information über die erkrankte Person und Kooperation mit den Angehörigen
- Fachwissen über Demenzerkrankungen
- Angemessene Strukturen und Abläufe in den Krankenhäusern, z. B. schnellere Aufnahme, Rooming-in für Angehörige

Dr. Wilfried Teschauer schrieb in der Alzheimer Info dazu Folgendes: „Es ist also keineswegs unbekannt, wie die Versorgung von Patienten mit der „Nebendiagnose“ Demenz am besten erfolgen sollte. Im Gegenteil: In der Altenpflege sind in den vergangenen Jahrzehnten wegweisende „nichtmedikamentöse“ Versorgungsansätze entwi-

ckelt worden, die größtenteils an die Situation im Krankenhaus angepasst werden können: eine besondere Gestaltung der Umgebung, das Einbeziehen der Biografie in das pflegerische Handeln oder das Eingehen auf die Gefühlswelt der Betroffenen. Natürlich ist das nicht immer einfach. Am wichtigsten ist eine Umkehr bei den Denkmustern, Haltungen und Strukturen, die für das Krankenhaus typisch sind. So muss erkannt und dokumentiert werden, wenn eine Demenz besteht oder zumindest, falls keine Diagnose gestellt ist, dass die Fähigkeit der Patienten, die Situation richtig einzuschätzen und das eigene Verhalten darauf einzustellen, eingeschränkt ist. Oft bewirken schon kleine Änderungen Wunder, wie z. B. die Einrichtung eines Häkchens in der elektronischen Dokumentation oder das Anlegen eines Patienten-Bändchens, das darauf hinweist, dass hier besondere Aufmerksamkeit und Fürsorge notwendig sind. Auch wenn wissenschaftliche Studien bisher noch weitgehend fehlen, ist dies doch die Richtung, in der sich Krankenhäuser aus demografischen Gründen entwickeln müssen. Als besonders wichtig erweist sich dabei die Schulung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Krankenhaus zum Thema Demenz. Denn viele von ihnen besitzen keinerlei Strategien, um unvorhersehbare Probleme mit demenzkranken Patienten zu meistern. Sie müssen daher vor allem in Bezug auf herausfordernde Verhaltensweisen und den richtigen Umgang damit geschult werden. Die Schwierigkeiten

beim Umgang mit den Patienten entstehen im Krankenhaus nicht etwa, weil der Patient die Uhr nicht richtig zeichnen, eben gehörte Worte nicht wiederholen oder keinen vollständigen Satz schreiben kann. Vielmehr sind es das ziellose Herumlaufen, Schreien oder körperliche Attacken gegenüber dem Personal, die eine Belastung darstellen.

Diese Verhaltensveränderungen zu erkennen, sie in Entstehung und Ausprägung einzuordnen und vor allem die nicht-medikamentösen Methoden zu kennen, mit denen sie gemildert oder vermieden werden können, ist bei demenzkranken Patienten von größter Bedeutung. Spezielle Kommunikation, Milieugestaltung, biografisches Wissen, integrative Helferinnen und Helfer, die diese zuwendende Betreuung leisten. Alleine die „Grünen Damen und Herren“ und die „Katholische Krankenhaushilfe“ stellen bundesweit knapp 15.000 Personen. Sie alle werden immer häufiger auch mit dem Thema Demenz konfrontiert. Es bleibt also zu hoffen, dass aus den Modellen mittelfristig eine Regelversorgung werden wird, zugunsten aller Beteiligten, vor allem aber der Menschen mit Demenz. Ihnen muss ein menschenwürdiger Krankenhausaufenthalt ermöglicht werden!“

In der Broschüre der Deutschen Alzheimer Gesellschaft aus dem Jahr 2013 zum Thema „Demenz im Krankenhaus“ werden folgende 13 Empfehlungen für den Umgang mit Menschen mit Demenz gegeben.



1. Prüfen Sie im multiprofessionellen Team die Notwendigkeit der Aufnahme.
2. Sorgen Sie für eine ruhige und unbürokratische Atmosphäre im Kontakt mit Menschen mit Demenz.
3. Lassen Sie Menschen mit Demenz bei Untersuchungen nicht allein.
 - Halten Sie auf Wunsch des Patienten Körperkontakt (Hand, Schulter, Rücken).
 - Halten Sie beim Sprechen stets Blickkontakt.
 - Sprechen Sie langsam und deutlich.
 - Verwenden und wiederholen Sie Originalworte oder Laute des Patienten.
 - Manchmal kann es beruhigend wirken, wenn Sie während Ihrer Tätigkeit am Patienten summen oder singen.
4. Sorgen Sie für eine 1:1 Betreuung während der Aufwachphase nach Operationen und binden Sie nach Möglichkeit Angehörige mit ein.
5. Auch Menschen mit Demenz haben Schmerzen. Achten Sie darauf, ob sich aus dem Verhalten und den Äußerungen des Betroffenen Hinweise auf mögliche Schmerzen ableiten lassen. Wenden Sie ein spezifisches Schmerzassessment für Menschen mit Demenz an.
6. Achten Sie auf die besondere Problematik des Essens und Trinkens bei Menschen mit Demenz:

- Ermitteln Sie Liebesspeisen und -getränke und Speisen, die abgelehnt werden.
 - Geben Sie Menschen mit Demenz Getränkebecher direkt in die Hand.
 - Mineralwasser könnte im Becher als Getränk nicht wahrgenommen werden – geben Sie einen Schuss Saft zur Färbung hinzu.
 - Achten Sie auf einen Farbunterschied zwischen Teller und Untergrund.
 - Lassen Sie Menschen mit Demenz auf Wunsch mit den Fingern essen.
 - Geben Sie Menschen mit Demenz Zeit beim Essen und Trinken.
7. Beziehen Sie die Angehörigen in den Aufenthalt mit ein. Angehörige sind wichtige Partner im Pflegeprozess. Sie können als „Dolmetscher“ und Begleiter helfen sowie für ein Sicherheitsgefühl sorgen.
 8. Ermöglichen Sie den Angehörigen Rooming-in, wenn diese sich dazu in der Lage fühlen.
 9. Führen Sie Visiten mit Angehörigen durch.
 10. Beziehen Sie ehrenamtliche Mitarbeiter in die Betreuung der Menschen mit Demenz ein.
 11. Denken Sie daran: Herausforderndes Verhalten ist häufig eine Reaktion auf die personale und materielle Umgebung.
 12. Bereiten Sie die Entlassung zusammen mit den Angehörigen vor.

13. Bilden Sie sich im Umgang mit Demenz fort.

Demenz und Delir

Die Bezeichnung Demenz wird als Oberbegriff für unterschiedliche Formen von demenziellen Erkrankungen verwendet. Mit einer Demenzerkrankung verbunden ist eine Vielzahl von Symptomen. Die Unterscheidung zwischen einer altersbedingten nachlassenden geistigen Leistungsfähigkeit oder einer vorübergehenden eingeschränkten Leistungsfähigkeit und einer manifesten Demenzerkrankung ist häufig schwierig. Im Krankenhaus treten nicht selten Zustände von Delir auf, insbesondere nach erfolgten Operationen. Eine Bewusstseinsstrübung wie beim Delir ist jedoch keine Demenzerkrankung, obwohl auch Gedächtnis-, Denk- und Orientierungsstörungen auftreten. Ein Delir muss als ein ernst zu nehmendes Symptom jedoch in anderer Weise therapiert werden als eine Demenz. Beide voneinander zu unterscheiden ist ein wichtiger Baustein in der Betreuung.

Fallbesprechungen

Fallbesprechungen in Kliniken werden zunehmend häufiger benutzt, um die Pflegesituation eines Patienten in regelmäßigen Abständen zu beschreiben und zu analysieren. Bei einem „Fall“ handelt es sich nicht primär um den Patienten oder Bewohner, sondern um eine Begebenheit oder ein Ereignis, welches im klinischen oder pflegerischen Alltag eine gesonderte Betrachtung

tung und Behandlung erfordert. Das kann sowohl ein plötzliches Ereignis als auch eine absehbare Entwicklung für den Krankenhausaufenthalt oder ein selten auftretendes Phänomen sein, das im Zusammenhang mit der Krankheitssituation auftritt. Fallbesprechungen zeichnen sich durch einen gleichberechtigten Informationsaustausch unterschiedlichster Experten zu einem Sachverhalt aus. Je nach Problemstellung können sie monodisziplinär (unter Pflegenden), interdisziplinär oder multidisziplinär stattfinden. Anwesend sind dann alle Mitarbeiter, die an der Betreuungs- und Versorgungssituation des Bewohners bzw. Patienten mitwirken.

In dieser multiprofessionellen Kollegengrunde werden Lösungsmöglichkeiten für die individuellen Patienten(-fall)probleme erarbeitet, diskutiert und beschlossen. Das zentrale Anliegen ist, ein umfassendes (Fall-)Verständnis der vielfältigen Kontextfaktoren, die eine Gesundheitssituation beeinflussen, zu entwickeln und Erkenntnisse daraus in klinische und pflegerische Entscheidungen einzubeziehen.

Die Betreuung von Patienten mit einer Demenz im Krankenhaus führt immer wieder zu Situationen, die gesondert kommuniziert werden müssen. Diese Patientengruppe zeichnet sich dadurch aus, dass sie mit empfindlichen Verhaltensveränderungen auf (häufige) Umgebungs- und Personenwechsel reagiert. Je nach Ausprägungsgrad der Erkrankung können sie nicht oder nur sehr schwer bewegt werden, sich z. B. an Therapien aktiv zu beteiligen. Indem z. B. der Physiotherapeut zuvor gemeinsam mit dem pflegerischen Team die speziellen Bedürfnisse, Wünsche und Einschränkungen bespricht, kann er gezielt auf die Situation eingehen. Er versteht, dass es aus der individuellen Situation andere Formen der Kontaktaufnahme als gewöhnlich benötigt, damit er diesen demenziell erkrankten Patienten physiotherapeutisch betreuen kann und wird nicht von abweichenden Reaktionen und Verhalten überrascht. Sobald von einem hohen und komplexen Pflegebedarf von Patienten(-fall)situationen auszugehen ist, profitieren alle beteiligten Berufsgruppen von einer Fallbesprechung. In dem Berufsgruppen gemeinsam gefor-

dert sind, nach passenden Lösungen für die individuelle Situation des Patienten zu suchen, bilden sich Synergieeffekte. Fallbesprechungen eignen sich dazu, die Fachkenntnis der unterschiedlichen professionellen Berufsgruppen zusammenzuführen und auf diesem Wege Entscheidungen abzuschließen. Sie fördern die Analysefähigkeit von Pflegeproblemen und die gezielte Suche nach Lösungen. Der gezielte Informationsaustausch durch Fallbesprechungen führt zu einer veränderten Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen. Fallbesprechungen erhöhen nicht nur die Qualität der Entscheidung und der Lösungsansätze für die Betroffenen, sondern entlasten Mitarbeiter, indem sich die Sicherheit der Wahl über die getroffene Entscheidung erhöht (Schrems, 2013).

Von besonderer Bedeutung erscheint gerade bei Patienten mit Demenz der Informationsabgleich zwischen den ärztlichen Mitarbeitern und der Pflege, die v. a. mit den nicht-kognitiven Symptomen der Demenz, also mit herausfordernden Verhaltensweisen konfrontiert ist. Dies gilt insbesondere auch für die genaue Beobachtung von körperlichen und psychopathologischen Veränderungen im Rahmen von Medikamentengaben. Vor allem die Rückmeldungen des Pflegepersonals erlauben es den ärztlichen Mitarbeitern hier rechtzeitig gegenzusteuern, beispielsweise geeignete Maßnahmen zu Delirprophylaxe zu ergreifen. Fallbesprechungen bilden hier eine ideale Plattform der Kommunikation zwischen allen Beteiligten. Wünschenswert wäre dabei aus Sicht der Deutschen Alzheimer Gesellschaft die Einbeziehung von Angehörigen.

Schulung und Fortbildung

Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft hat ein Schulungscurriculum für Personal in Krankenhäusern entwickelt. Mit der Fortbildung sollen

- Mitarbeitende durch Vermittlung von Basiswissen und grundlegenden Kompetenzen im Umgang und Kontakt mit demenziell eingeschränkten Menschen sensibilisiert und ihr Arbeitsalltag erleichtert werden,

- die Situation der Angehörigen besondere Berücksichtigung finden und
- die Gesamtsituation von Menschen mit demenziellen Einschränkungen im Krankenhaus verbessert werden.

Wesentliche Inhalte sind u. a.:

- Wahrnehmen und Wissen
 - o Wahrnehmen und Beobachten
 - o Grundlagenwissen und Krankheitsbilder
- Verstehen und Annehmen
 - o Person-zentrierter verstehender Ansatz
 - o Ressourcen, Verluste, Bedürfnisse ermitteln
 - o Annehmen durch person-zentrierte Haltung und Biographieorientierung
- Handeln und Evaluieren
 - o Erhalt von Ressourcen
 - o Kommunikationsformen
 - o Angehörige einbeziehen
 - o Spezielle pflegerische Versorgung bei Personen mit Demenz
 - o Abläufe im Krankenhaus an die Bedürfnisse anpassen

Demenzsensibles Krankenhaus

Auszug aus dem Vorwort des „Praxisleitfadens zum Aufbau demenzsensibler Krankenhäuser“ der Robert-Bosch Stiftung:

„In den letzten Jahren sind einige gute Konzepte entstanden, um speziell für akut erkrankte Menschen mit Demenz im Krankenhaus eine Situation zu schaffen, die ihrer mehr gerecht wird als der übliche Rhythmus eines Krankenhausaufenthalts: Es gibt spezielle Stationen mit Tagesbetreuung sowie Gerontopsychiatrische und Geriatrische Konsiliardienste, die an einer umfassenden Versorgung von demenzerkrankten Menschen im Krankenhaus mitwirken. Aus unserer Sicht ist jedoch ein Aspekt besonders wichtig: Die Mitarbeitenden in den Krankenhäusern erwerben in speziellen Schulungen Wissen über die besondere Notwendigkeit eines sensiblen Umgangs und einer angepassten Kommunikation mit diesen Menschen. Dieser Praxisleitfaden zeigt anhand konkreter Handlungsaufforderungen und Umsetzungsbeispiele, wie Krankenhäuser demenzfreundliche Struktu-

Eakin Cohesive® Hautschutz

ren aufbauen können. Wir hoffen, dass sich – auch ohne spezielle Projektförderung – mehr Krankenhäuser auf den Weg machen, eine bessere Umgebung für Menschen mit Demenz zu schaffen. Wie notwendig dies ist, zeigen allein die Zahlen: Heute, im Jahr 2019, leben etwa 1,7 Millionen Menschen mit Demenz in Deutschland. Diese Zahl wird mit einer älter werdenden Gesellschaft noch zunehmen. Künftig werden also noch mehr Menschen mit einer Demenz auch im Krankenhaus behandelt. Sie haben das Recht auf eine verständnisvolle und unterstützende Umgebung, die eine umfassende Behandlung ihrer akuten Erkrankung ermöglicht.“

Die Robert Bosch Stiftung unterstützt bei der Entwicklung und Umsetzung von Konzepten, die gezielt auf die Bedürfnisse von Patienten mit Demenz im Akutkrankenhaus eingehen. Mehr dazu über die Seite der Robert Bosch Stiftung. <https://www.bosch-stiftung.de/de/projekt/menschen-mit-demenz-im-akutkrankenhaus>

Mittlerweile gibt es viele Kliniken, die sich auf den Weg gemacht haben, den Umgang mit dementen Personen zu verbessern.

Beispiele hierfür sind:

- Schaffung von beschützenden Bereichen
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit auf „Demenzstationen“
- Schaffung von Aktivierungsangeboten
- Einbeziehung von Ehrenamtlichen (z.B. für Lotsentätigkeiten)
- Demenzgerechtes Umfeldgestaltung (Farbgebung, Orientierungshilfen etc.)
- Rundum-Operations-Betreuungsangebot
- Rooming-in
- Verkürzung von Krankenhausaufenthalten bei dementiell veränderten Patienten
- Demenz-Treffpunkt im Krankenhaus als Anlaufstelle für alle Betroffenen und ihre Angehörigen
- u.v.a.m.

Quelle: Deutsche Alzheimer Gesellschaft

Modellierbare Hautschutzringe – oft kopiert und nie erreicht

- Einzigartige Fähigkeit, die Feuchtigkeit bis zu 72 Stunden von der Haut fernzuhalten
- Hochresistenter Schutz vor Unterwanderung und Leckagen
- In vier Varianten erhältlich



Alkoholfreie Paste: Sicher und besonders hautfreundlich

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

100%
alkoholfrei

TIPP:

Eakin Cohesive® Hautschutzpaste für Stomapatienten mit konvexer Versorgung.

Die Cohesive®-Paste dichtet optimal ab, bleibt flexibel und sorgt so für maximalen Tragekomfort.



NEU!

Videoberatung unter
www.eakin.de



Beratung:



0800-22 440 22
(gebührenfrei)



0800-22 440 221
(gebührenfrei)

Eakin GmbH • Feringastrasse 6 • 85774 Unterföhring
Fax 0800-22 440 220 • info@eakin.de, www.eakin.de



DER MODELLIERBARE HAUTSCHUTZ FÜR
EINEN PASSGENAUEN SITZ DER
STOMAVERSORGUNG ...



... IM EIN- UND
ZWEITEILIGEN BEREICH



Einfach in der
Handhabung



Kein Zubehör wie Schere
und Schablone nötig



Lückenlose
Abdichtung

Kompetente und unverbindliche Beratung
erhalten Sie per E-Mail unter
convatec.servicede@convatec.com oder per
Telefon unter 0800 | 78 66 200
(Mo - Fr: 8.30 - 16.30 Uhr)

Jetzt Ihr
kostenfreies
Produktmuster
bestellen unter
convatec.de

Pflegerischer Umgang mit demenziell erkrankten Menschen mit einer Stomaanlage im Akutkrankenhaus

In dieser Abschlussarbeit für die Weiterbildung zur Pflegeexpertin Stoma, Kontinenz und Wunde am Bildungszentrum Ruhr wurde der Schwerpunkt auf den pflegerischen Umgang mit demenziell erkrankten Menschen mit einer Stomaanlage im Krankenhaus gelegt. Der Fokus der Fragestellung richtete sich dabei speziell auf die herausfordernden Verhaltensweisen von demenziell Erkrankten im Rahmen der Stomaversorgung sowie auf die Suche nach geeigneten pflegerischen Maßnahmen zur Deeskalation. Die IST-Situation in Bezug auf den pflegerischen Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen von demenzkranken Menschen mit Stomaanlage im Akutkrankenhaus aus der Perspektive der Autorin werden vorgestellt und Lösungen vorgeschlagen. Pflegefachkräfte in Akutkrankenhäusern sind in der Regel wenig vertraut mit pflegerischen Konzepten im Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen demenziell erkrankter Patienten. Bedingt durch diese fachlichen Defizite fühlen sich Pflegefachkräfte häufig überfordert und hilflos. Andererseits können durch inadäquate pflegerische Maßnahmen, wie körpernahe Fixierung nach Arztanordnung, herausfordernde Verhaltensweisen von Demenzkranken verstärkt werden. Der stationäre Aufenthalt kann zu einer Belastung für den Betroffenen und für die Pflegenden werden. Diese Problematik findet sich auch in der Pflege von demenziell Erkrankten mit Stomaanlagen wieder. Deshalb wird in diesem Beitrag folgende Fragestellung bearbeitet: „Welche pflegerischen Maßnahmen sind zur Deeskalation von herausfordernden Verhaltensweisen bei demenziell erkrankten Patienten in der Stoma-

versorgung im Akutkrankenhaus anwendbar?“

Auswirkungen eines Krankenhausaufenthaltes auf einen demenziell Erkrankten

Die regelmäßige Aktivierung von Alltagskompetenzen ist für demenzkranke Menschen besonders wichtig, um diese über einen längeren Zeitraum hinweg zu erhalten. Im Krankenhaus ist dies aufgrund der bestehenden Rahmenbedingungen und strukturellen Abläufen oftmals nicht möglich. „Selbst Demenzkranke, die bislang fähig waren, ihren Alltag relativ selbstständig zu bewältigen, geraten durch das Fehlen vertrauter Bezugspersonen, die veränderte Umgebung, ungewohnte Tagesstrukturen und die laute und hektische Atmosphäre an ihre Grenzen“ (Kleina/Wingefeld 2007, S. 6). Durch die Belastungen des Krankenhausaufenthaltes entwickeln demenzkranke Patienten häufig zusätzliche gesundheitliche Einbußen. Diese negativen Auswirkungen werden unter anderem durch die ungewohnte Umgebung sowie einer erzwungenen Untätigkeit verursacht. In empirischen Studien wurde festgestellt, dass Demenzkranke während des stationären Aufenthaltes in vielen Fällen einen weiteren Verlust ihrer Selbstständigkeit erleiden und sich infolge eines Klinikaufenthaltes der kognitive Status demenzieller Patienten verschlechtert sowie herausfordernde Verhaltensweisen vermehrt in Erscheinung treten. Diese Faktoren tragen ebenfalls dazu bei, dass die Betroffenen eine neu auftretende Orientierungslosigkeit entwickeln, die wiederum ein ängstlich-aggressives Verhalten auslösen kann. Durch die fehlende Toleranz

von Drainagen, Verbänden oder Stomaversorgungsprodukten erfolgen z. B. Manipulationen, die Komplikationen, wie beispielsweise Infektionen hervorrufen können. Neben dem sind die demenziell Erkrankten, aufgrund ihrer kognitiven Defizite, häufig nicht dazu in der Lage ihr aktuelles Befinden verbal präzise zu äußern. Diese Tatsache kann insbesondere bei der Schmerztherapie von Demenzkranken zu Schwierigkeiten führen. Internationale Studien weisen darauf hin, dass eine Unter- bzw. Fehlversorgung von Schmerz bei Menschen mit Demenz besteht. Bei vergleichbaren schmerzverursachenden Erkrankungen vermuten Pflegekräfte und Ärzte bei demenziell Erkrankten weniger Schmerz als bei Menschen ohne Demenz. Des Weiteren erhalten Demenzkranke seltener eine Schmerzmedikation als kognitiv uneingeschränkte Patienten mit gleichartiger Erkrankung. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Entwicklung eines Delirs, welches mit einer Mortalität von 10-65 % einhergeht. Grundsätzlich sind ältere Menschen in der postoperativen Phase besonders delirgefährdet. Bedingt durch die ungewohnte Umgebung und die vermehrte Gabe von Psychopharmaka mit einer anticholinergen Komponente tritt dieses Phänomen bei demenziell Erkrankten überproportional häufiger auf. Basierend auf diesen Ausführungen lässt sich festhalten, dass demenziell Erkrankte eine besonders vulnerable Patientengruppe bilden. Die stationäre Betreuung eines Demenzkranken stellt nicht nur für die Betroffenen sondern auch für das Pflegefachpersonal eine Herausforderung dar. In dem Folgenden wird deshalb die Perspektive des Pflegepersonals näher betrachtet.

Auswirkungen eines Krankenhausaufenthaltes eines Demenzkranken auf das Pflegepersonal

„Das Zusammenspiel der körperlichen und kognitiven Defizite demenzkranker Patienten führt häufig zu einem speziellen und überdurchschnittlich hohen Pflege- und Betreuungsaufwand“ (vgl. Kleina/Wingenfeld 2007, S. 8). Die vorhandenen Abläufe und Strukturen der Krankenhäuser, wie z. B. die präoperative Nahrungskarenz oder eine ärztlich angeordnete Bettruhe, können demenzkranke Menschen aufgrund ihrer kognitiven Einschränkungen häufig nicht oder nur bedingt einhalten. Infolgedessen werden die Planung und Durchführung therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen erschwert und die täglichen Routinearbeiten der Pflegekräfte verzögert. Herausfordernde Verhaltensweisen, wie z. B. Agitation oder Aggression, des demenziell Erkrankten können zu unvorhersagbaren Ereignissen führen, die betreuungsinensive und zeitaufwändige pflegerische Maßnahmen erfordern. In Bezug auf die Stomapflege wäre als Beispiel die ständige Entfernung von Stomaversorgungsprodukten zu nennen, welche ein peristomales toxisches Kontaktekzem verursachen kann. Angesichts der Personalausstattung und der ständig wachsenden Arbeitsverdichtung des Pflegepersonals im Krankenhaus ist eine aufwändige Einzelbetreuung des demenziell Erkrankten kaum praktikabel. Pflegefachkräfte erleben diese Arbeitssituation als physisch und psychisch stark belastend. Dabei werden der Zeitdruck und das Gefühl „den Patienten und ihren Bedürfnissen nicht gerecht zu werden“ als stärkste Belastungsfaktoren empfunden. Sie fühlen sich oft hilflos und unsicher im Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen der demenziell Erkrankten. Aufgrund von mangelndem Hintergrundwissen hinsichtlich herausfordernder Verhaltensweisen werden durch die Pflegefachkräfte inadäquate pflegerische Maßnahmen initiiert und durchgeführt, wie z. B. der unreflektierte Einsatz freiheitsentziehender oder sedierender Maßnahmen nach ärztlicher Anordnung. Dabei hat sich in einer Untersuchung von Kong herausgestellt, dass der Einsatz von Fixierungen bei demenziell Erkrankten das agitierte Verhalten weiter verstärkt. Ferner nehmen bestehende Gedächtnisstörungen

demenziell Erkrankter durch die Gabe von Psychopharmaka mit einer anticholinergen Komponente weiter zu. Zusätzlich können diese Medikamente die Entwicklung von akuten Verwirrheitszuständen (Delir) verursachen. Der Misserfolg der genannten Maßnahmen kann somit bei Pflegefachkräften zusätzlich Gefühle von Frustration, Ärger und Abwehr gegenüber dem Patienten auslösen. Demnach ist ein fundiertes Hintergrundwissen über die Entwicklung von herausfordernden Verhaltensweisen notwendig, um entsprechende fachlich korrekte pflegerische Maßnahmen zu planen. Im nachfolgenden Kapitel werden deshalb die Ursachen und Auslöser zur Entstehung von den genannten Verhaltensweisen näher betrachtet.

Entstehungszusammenhänge und Erklärungsansätze für herausfordernde Verhaltensweisen

Die Ursachen für herausfordernde Verhaltensweisen demenziell Erkrankter können facettenreich sein. Weiterhin kann deren Ermittlung durch die eingeschränkte verbale Kommunikationsfähigkeit des Betroffenen erschwert sein. Ein kontinuierliches und monotones Summen kann bspw. die letzte verbale Kommunikationsmöglichkeit eines demenziell Erkrankten sein oder das rastlose Umhergehen („Wandering“) eine Form der Stressbewältigung mit biografischem Hintergrund. Diese Verhaltensweisen können von dem Umfeld als herausfordernd empfunden werden. Dennoch ist der Versuch einer Reduktion des genannten Verhaltens kontraproduktiv, da z. B. das „Umherwandern“ des Demenzkranken eine legitime Reaktion zur Stressbewältigung darstellen kann. Im Gegensatz dazu sollten Gebärden, wie eindringliches und lautes Schreien oder Rufen mit zeitgleichen Anzeichen von Unwohlsein, gemildert werden. „Ein solcher Interpretationsprozess des herausfordernden Verhaltens aus der Sicht der demenzkranken Person wird in der zitierten Rahmenempfehlung als „Verstehende Diagnostik“ bezeichnet.“ (Bartholomeyczik et al. 2013, S. 27) Der Versuch der Identifizierung, weshalb sich eine Person verhält, wie sie sich verhält unter Einbeziehung von Lebensumständen und Beziehungsgestaltungen mit beteiligten Personen steht dabei im Mittelpunkt. Hierfür bedarf es einer guten Kenntnis über

die Ursachen und Auslöser des herausfordernden Verhaltens. Aufgrund dessen wurde auf Basis von vielfältigen Studien ein Modell demenzspezifischen Verhaltens entwickelt, das sogenannte NDB-Modell (need driven dementia compromised behaviour model). Ursachen von herausfordernden Verhaltensweisen werden darin näher beleuchtet. „Es soll vermitteln, dass das Verhalten für die Betroffenen bedeutungsvoll ist und es soll handlungsleitend für die Pflege sein“ (Halek/Bartholomeyczik 2007, S. 50). Das Verhalten Demenzkranker wird darin durch zwei Arten von Variablen erklärt. Auf der einen Seite gibt es Hintergrundfaktoren, welche durch pflegerische Interventionen kaum beeinflussbar sind. Dazu gehören z. B. der neurologische Gesundheitsstatus, körperliche und kognitive Fähigkeiten, biografische Ereignisse sowie Persönlichkeitsmerkmale oder biografische Methoden der Stressbewältigung. Kenntnisse über diese Hintergrundvariablen sind hilfreich für die Erstellung eines Profils des Betroffenen (Stärken, Schwächen) und für die Planung von pflegerischen Interventionen. Im Gegensatz dazu stehen die sogenannten nahen Faktoren, welche beeinflussbar sind und somit genutzt werden können, um herausforderndes Verhalten zu modifizieren. Unter dieser Variablen werden physische Bedürfnisse, wie Hunger oder Schmerz sowie psychosoziale Bedürfnisse, wie Angst oder Langeweile, eingeordnet. Weiterhin gehören Umgebungsreize, wie Licht oder Geräusche und die soziale Umgebung, wie eine Kontinuität der pflegerischen Betreuung, zu den nahen Faktoren. Das Verhalten und die Einstellung der Pflegenden haben demnach auch einen erheblichen Einfluss auf die Entwicklung von herausforderndem Verhalten. Pflegenden, die sich z. B. im Rahmen der Interaktion mit dem Demenzkranken despektierlich und kommandierend verhalten, können aggressive Verhaltensweisen des Patienten provozieren. Sie wenden eine sogenannte „personale Detraktion“ an, die eine subtile Form des Herabsetzens alter Menschen beinhaltet. Personale Detraktionen der Pflegekräfte geschehen meistens aufgrund eines geringen Grundverständnisses für die Erkrankung Demenz und einer daraus resultierenden Hilflosigkeit oder Überforderung. „Wenn eine Person mit demenziellen Veränderungen ständig

auf subtile Weise Detraktionen erhält, beginnt sie an der Aufrichtigkeit der Pflegenden zu zweifeln und wird misstrauisch, sie reagiert mit Gefühlen von Unsicherheit, Angst, Apathie, Aggressionen und kann sich herausfordernd gegenüber Pflegenden verhalten“. Aufgrund von kommunikativen Einschränkungen nutzen Demenzkranke demnach herausfordernde Verhaltensweisen, um ihre unerfüllten Bedürfnisse und ihre Probleme zu äußern. Diese Tatsache unterstreicht den zunehmenden Paradigmenwechsel in Bezug auf das professionelle Pflegeverständnis von demenziellem Verhalten. Es handelt sich um eine Bewegung hin zu einer biopsychosozialen Perspektive von herausfordernden Verhaltensweisen und einer Abwendung von einem rein medizinischen Kausalverständnis von Demenz. In dem biopsychosozialen Ansatz wird der Schwerpunkt nicht mehr auf die reine Eliminierung oder Reduktion bestimmter Reaktionen gelegt. Vielmehr stehen Möglichkeiten zur Alltagsgestaltung Demenzkranker im Zentrum der Betrachtung, um das Wohlbefinden der Betroffenen zu gewährleisten.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass das Wissen über die Erkrankung Demenz und die Entstehungszusammenhänge von herausfordernden Verhaltensweisen die Basis für eine erfolgreiche Planung und Durchführung pflegerischer Interventionen darstellt. Laut der Verstehenden Diagnostik sollte der Fokus pflegerischen Handelns auf die Bedürfnisse des Demenzkranken ausgerichtet sein und nicht auf die reine Reduktion eines für die Umwelt störenden Verhaltens. Neben dem ist die Expertise über geeignete pflegerische Maßnahmen zur Deeskalation von herausforderndem Verhalten ein zentraler Aspekt für die Sicherung der Versorgungsqualität demenziell Erkrankter. In der Literatur werden die Ansätze zur pflegerischen Versorgung von Demenzkranken als „demenzsensible nicht-medikamentöse Konzepte“ beschrieben. Die relevanten Methoden hinsichtlich der Versorgung Demenzkranker im Akutkrankenhaus werden im folgenden Kapitel kurz skizziert.

Demenzsensible nicht-medikamentöse Konzepte

Die aktuellen demenzspezifischen nicht-medikamentösen Ansätze sind

vorwiegend auf die ambulante oder stationäre Langzeitversorgung angepasst und nur in einer modifizierten Form auf die stationäre Krankenpflege übertragbar. „*Ungeachtet dessen beinhalten sie Grundsätze und Methoden, die unabhängig vom jeweiligen Versorgungssetting Gültigkeit haben*“. In den nun anschließenden Kapiteln werden die zentralen Schwerpunkte vorgestellt.

Qualifikation des Pflegepersonals

Pflegende, die nur geringe fachliche und psychosoziale Kompetenzen im Umgang mit demenziell Erkrankten besitzen, fühlen sich in herausfordernden Situationen oft hilflos und entwickeln dem Demenzkranken gegenüber Gefühle, wie Ärger oder Wut, was sich wiederum negativ auf die Pflegebeziehung auswirken kann. Pflegende benötigen professionelles Wissen, um die Versorgungsqualität und die Pflegebeziehung zum demenziell Erkrankten zu optimieren. Das initiale Ziel der Qualifizierung von Pflegenden ist der Erwerb eines Grundverständnisses für die Erkrankung Demenz sowie die Entstehungszusammenhänge von herausfordernden Verhaltensweisen. Zusätzlich sollten die Kognition, die Emotion und die Haltung der Pflegenden angesprochen werden, damit sie ein Verständnis für die Situation und das Verhalten von Demenzkranken entwickeln können. Im weiteren Schritt sollten Pflegende in ihren Interaktions- und Verstehenskompetenzen im Umgang mit demenziell Erkrankten qualifiziert werden, sodass sie situativ angemessen auf die herausfordernden Verhaltensweisen und Befindlichkeiten reagieren können. Schulungen sollten zudem einen Theorie-Praxis-Transfer leisten, damit das erworbene Wissen effektiv in die Praxis umgesetzt werden kann.

Person-zentrierte Umgangs- und Kommunikationsformen

In der Literatur wird der person-zentrierte verstehende Ansatz als wesentliche Voraussetzung für den Umgang und die Kommunikation mit demenziell Erkrankten gefordert. Es handelt sich um eine Grundhaltung, die auf dem Prinzip der Wertschätzung und des Respekts beruht. Bei der person-zentrierten Perspektive steht der Mensch und nicht die Erkrankung Demenz im Mittelpunkt. Demenziell Erkrankte werden

in der person-zentrierten Pflege als Persönlichkeiten angesehen und ihr Verhalten als individuelle Ausdrucksform respektiert.

Validation

Die Validation wird zum einen als empathische Grundhaltung beschrieben, die auf humanistische Prinzipien beruht. Zum anderen stellt die Validation eine Technik der Kommunikation mit demenziell Erkrankten dar. Dabei wird berücksichtigt, dass bei den Betroffenen die Sehkraft, das Gehör, das Kurzzeitgedächtnis und die Kontrollmechanismen des Sozialverhaltens nachlassen. Im Rahmen der Validation orientieren sich die Pflegekräfte an dem emotionalen Gehalt des Gesagten bzw. des Verhaltens der Demenzkranken ohne es korrigieren zu wollen. Sie fokussieren dabei die Ursachen des Verhaltens von Demenzkranken unter Berücksichtigung biografischer Faktoren sowie psychischer, sozialer und physischer Bedürfnisse. Das befähigt die Pflegenden zu einem gefühlsorientierten verstehenden Umgang mit demenziell Erkrankten. Diese Umgangs- und Kommunikationsform trägt insbesondere dazu bei, dass sich der Betroffene von der betreuenden Pflegekraft als Person angenommen fühlt und dadurch Vertrauen in die Pflegesituation aufbaut. Herausfordernde Verhaltensweisen, die demenziell Erkrankte aufgrund von unverständlichen Pflegesituationen und dem Gefühl „nicht verstanden zu werden“ entwickeln, können durch eine validierende Kommunikation vorgebeugt werden. Durch die Validation können Ursachen für herausfordernde Verhaltensweisen erkannt werden und deren Eskalation durch adäquate pflegerische Maßnahmen vermieden werden, wie z. B. Schmerzmittelgabe nach Arztanordnung bei lautem Schreien und Rufen mit Anzeichen des Unwohlseins. Die validierende Grundhaltung und die Techniken der Validation sind laut Naomi Feil in allen pflegerischen Situationen, somit auch in der Stomaversorgung, einsetzbar. Ferner werden in der Literatur weitere Kommunikationsregeln mit Demenzkranken empfohlen, die ebenfalls zentrale Aspekte der person-zentrierten Kommunikation beinhalten, wie z. B. vor einer pflegerischen Maßnahme den Blickkontakt mit Demenzkranken aufnehmen.

Basale Stimulation

Die person-zentrierte Kommunikationsform der basalen Stimulation ist ein körperorientiertes Konzept. Dabei wird davon ausgegangen, dass jeder Mensch bis zu seinem Tode über seinen Körper mit sich und der Außenwelt in Kontakt steht sowie wahrnehmungsfähig ist. Eine grundlegende Möglichkeit der Kontaktaufnahme findet über den Körper, in Form von Berührungen und Bewegungen, statt. Basale Sinne, wie die vestibuläre, vibratorische und somatische Wahrnehmung werden dabei angesprochen. Das primäre Ziel der basalen stimulierenden Pflege ist es, Berührungen verstehbar zu machen. Berührungen von Pflegekräften sollen für den demenziell Erkrankten nicht als Angriff oder Eingriff wahrgenommen werden, sondern vielmehr als Versuch der Kontaktaufnahme und Unterstützung. *„Die somatische Anregung versucht also einerseits dem schwer beeinträchtigten Patienten Informationen über den eigenen Körper zu geben, andererseits die Berührungsqualitäten der Pflegenden so zu systematisieren und zu verbessern, dass keine zusätzlichen Irritationen, Ängste, ja vielleicht sogar Störungen im Körperbild beim Patienten entstehen“* (Bienstein/Fröhlich 2012, S. 50). Für die Vor- und Nachbereitung einer pflegerischen Maßnahme, wie dem Stomaversorgungswechsel, wird in der basalen Stimulation z. B. die Anwendung von Initialberührungen bei demenziell Erkrankten empfohlen, die eine verbale Kontaktaufnahme nicht mehr kognitiv erfassen können. Die Initialberührung ist eine ritualisierte Begrüßung und Verabschiedung durch einen somatischen Reiz. Diese klaren Signale zu Beginn und zum Ende einer Pflegesituation sorgen dafür, dass sich demenziell Erkrankte besser auf pflegerische Interventionen einlassen können und nicht verunsichert auf unangekündigte Maßnahmen warten. Initialberührungen können somit herausfordernde Verhaltensweisen deeskalieren, die sich auf Stress und Angst durch unklare Situationen begründen. Körpernahe pflegerische Maßnahmen sollten also nicht nur funktional durchgeführt werden, sondern als Kommunikations-, Wahrnehmungs- und Orientierungsmöglichkeiten verstanden werden. Dabei können im Weiteren auch zusätzliche Sinneskanäle genutzt werden, wie sehen, hören, riechen und schmecken. In den de-

menzsensiblen nicht-medikamentösen Konzepten wird, neben der person-zentrierten Kommunikation, auch der biografieorientierten Arbeit eine zentrale Rolle beigemessen.

Biografieorientiertes Arbeiten

In der Literatur wird das biografieorientierte Arbeiten bei demenziell Erkrankten mit herausfordernden Verhaltensweisen empfohlen. Mithilfe von biografischen Informationen können Verhaltensweisen von demenziell Erkrankten optimaler gedeutet werden. Weiterhin ermöglichen sie eine Anpassung der pflegerischen Maßnahmen an die individuellen Vorlieben und Gewohnheiten des Betroffenen. In der Stomapflege könnte es beispielsweise sein, dass der demenziell Erkrankte bei der Reinigung der peristomalen Haut die Verwendung von angefeuchteten Vlieskompressen mit kaltem Wasser bevorzugt statt der üblichen lauwarmen Anfeuchtung. Weiterhin tragen biografische Informationen über einen demenziell Erkrankten zu der Entwicklung von Lösungsstrategien für herausfordernde Verhaltensweisen bei. So kann die Identifikation von positiven Lebens-themen für die Kommunikation mit Betroffenen genutzt werden, um Gefühle, wie Angst oder Aggression, in positive Gefühle, wie Freude, umzulenken. Biografisches Wissen verhilft Pflegenden zu einem besseren Verständnis von herausfordernden Verhaltensweisen und erhöht ihre empathischen Kompetenzen.

Angehörigenarbeit

Die Beratung und Anleitung von Angehörigen sind bereits zentrale Aufgaben des Stomatherapeuten im Akutkrankenhaus. Im Rahmen eines stationären Klinikaufenthaltes von Patienten mit Demenz hat die Einbindung von Angehörigen oder nahestehenden Bezugspersonen eine zusätzliche Bedeutung. Angehörige sind für den demenziell Erkrankten wichtige Bezugspersonen und vertraute Kommunikationspartner. Folglich stellen sie eine stabile Konstante in einer für den demenziell Erkrankten fremden Umgebung dar. Die Anwesenheit der Angehörigen trägt zu einer Steigerung des Wohlbefindens und einer Reduktion psychischer Belastungen bei. Darüber hinaus verfügen Angehörige über biografisches Wissen auf-

grund der gemeinsamen Lebenserfahrungen. Durch die Einbeziehung der Angehörigen können Pflegenden somit Informationen und Hinweise erhalten, welche die individuellen Entstehungszusammenhänge von herausforderndem Verhalten nachvollziehbarer werden lassen. Diese Grundlage ermöglicht den Pflegenden ihre Interventionen an die individuellen Bedürfnisse des demenziell Erkrankten anzupassen. Die Aufgabe der Pflegenden ist es die Einbindung der Angehörigen zu planen und zu gestalten. Die Form der Einbindung orientiert sich dabei an den Möglichkeiten der Angehörigen. In der Stomapflege kann es z. B. die reine Präsenz des Angehörigen sein oder ihre Stimme, welche zur Deeskalation von herausfordernden Verhaltensweisen beiträgt. Im Rahmen der demenzsensiblen nicht-medikamentösen Konzepte wird neben der Angehörigenarbeit auch die Nutzung von spezifischen Assessmentinstrumenten empfohlen. Dazu gehören bspw. die BESD (Beurteilung von Schmerzen bei Demenz).

BESD (Beurteilung von Schmerzen bei Demenz)

Operationen verursachen je nach Umfang, Operationstechnik und Lokalisation unterschiedlich starke Schmerzen. Bedingt durch die stetige Abnahme des Sprachvermögens und der Kognition, sind demenzkranke Menschen im Stadium der schweren Demenz nicht mehr in der Lage ihre Schmerzen eindeutig zu verbalisieren und zeigen dann häufig herausfordernde Verhaltensweisen als Ausdruck der Schmerzäußerung. Demenziell Erkrankte benötigen demnach eine besondere Aufmerksamkeit bei der Schmerzerfassung. Bei stark kommunikativ und kognitiv eingeschränkten Menschen mit Demenz sollte die Schmerzeinschätzung auf der Beobachtung von nonverbalen Schmerzäußerungen, auf physiologische Hinweise (z. B. Blutdruck) und auf Informationen von Angehörigen basieren. Die BESD umfasst die Kategorien Atmung, negative Lautäußerungen, Gesichtsausdruck, Körpersprache und Trost. Die Anleitung für die Beobachtung und Auswertung liegen der Skala bei, sodass Pflegenden eindeutige Handlungsanweisungen erhalten. Das Fremdeinschätzungsinstrument BESD kann den Pflegenden eine Unterstützung der Schmerzerfassung von kom-

munikativ stark beeinträchtigten Demenzkranken bieten. Somit könnten Pflegenden postoperative Schmerzen nach einer Stomaanlage optimaler erfassen und entsprechende Handlungsmaßnahmen ableiten. Maßnahmen zur Schmerzreduktion, wie die Analgetikagabe nach Arztanordnung, lassen den Punktwert der BESD sinken und reduzieren somit schmerzbedingte Verhaltensweisen.

Insgesamt wird in der Vorstellung der demenzsensiblen nicht-medikamentösen Konzepte deutlich, dass die Pflegenden zunächst ein fundiertes Hintergrundwissen über die Erkrankung Demenz und die Ursachen für herausfordernde Verhaltensweisen besitzen sollten. Diese Grundlage trägt zu einem besseren Verständnis der Pflegenden für die Situation des Demenzkranken bei. Das ist wiederum die Basis für den Aufbau einer wertschätzenden Interaktion und Kommunikation, in der der Demenzkranke als Person mit seinen Lebenserfahrungen wahrgenommen wird, der seine Gefühle oder Bedürfnisse auf eine andere Art ausdrückt. Die empathische Grundhaltung und Kommunikation der Pflegenden, unter Berücksichtigung von biografischen Faktoren, ist der Schlüssel um die Bedürfnisse hinter den herausfordernden Verhaltensweisen des Patienten zu erkennen und situativ angemessene Maßnahmen zu planen. Zur optimalen Einschätzung von Faktoren, die herausfordernde Verhaltensweisen verursachen, stehen in der Literatur weiterhin unterschiedliche Assessmentinstrumente zur Verfügung, wie die BESD zur Schmerzeinschätzung. Das nun folgende Kapitel beleuchtet die aktuelle Versorgung demenziell erkrankter Stomaträger im Krankenhaus, in dem die Autorin als Stomatherapeutin tätig ist.

Beschreibung der IST-Situation

Im Rahmen meiner Tätigkeit als Stomatherapeutin in einem Krankenhaus der Maximalversorgung betreue ich auch demenzkranke Stomaträger. Aktuelle Daten zur Prävalenz in diesem Klinikum liegen mir nicht vor. Nach meiner subjektiven Einschätzung stellt die Versorgung dieser Patientengruppe jedoch keine Randerscheinung dar. Die Erkrankung Demenz wird vorwiegend mit dem Symptom des Gedächtnisverlustes assoziiert. Das Wissen über andere

Symptome, wie der Verlust des Sprachverständnisses oder das veränderte emotionale Erleben, ist bei vielen Pflegenden dagegen weniger präsent. In Gesprächen mit Pflegenden wurde mir häufig berichtet, dass sie das herausfordernde Verhalten in Form der ständigen Entfernung von Stomaversorgungssystemen durch den Betroffenen selbst als eine besondere Belastung erleben. Sie fühlen sich in einer gewissen Art hilflos, da Versuche, wie die Information über die Notwendigkeit des Stomasystems und die Bitte die Manipulationen zu unterlassen, häufig zu keiner Verhaltensänderung führen. In manchen Fällen wird dem demenziell Erkrankten auch unterstellt, dass er mit diesem Verhalten die Pflegenden provozieren möchte. In vielen Fällen wirkt sich diese Vermutung auf das Verhalten und die Kommunikation der Pflegefachkräfte mit dem Demenzkranken aus. Sie verhalten sich dann distanzierter, sind ungeduldiger und verärgert. Die Kommunikation ist auf das Wesentlichste reduziert. Diese Reaktionen führen bei den Pflegefachkräften im Nachgang nicht selten zu Schuldgefühlen. Für die Pflegenden stellt die ständige Erneuerung des Stomaversorgungssystems einen erhöhten Zeitaufwand dar. Sie geben an, dass der reguläre Stationsalltag und die Routinearbeiten dadurch verzögert werden. In dem Zusammenhang werden deshalb Strategien, wie die pflegerische Versorgung mit zwei Pflegekräften, genutzt, um zeitliche Ressourcen einzusparen. Innerhalb der Pflegesituation werden demenzkranke Stomaträger von den Pflegekräften häufig funktional und flüchtig berührt. Basal stimulierende Elemente, wie die Initialberührung, kommen nicht zum Einsatz. Im Rahmen der pflegerischen Stomaversorgung werden aggressive Verhaltensweisen Demenzkranker, wie verbale Beleidigungen oder körperliche Gewalt gegenüber Pflegenden, als eine erhebliche Belastung und einen persönlichen Angriff bewertet. Die Suche nach Ursachen für die Entwicklung dieses Verhaltens wird in der Regel nicht vorgenommen. Wenn in kurzen Gesprächen mit dem Demenzkranken Erklärungen und Beruhigungen als Lösungsansätze versagen, befürworten viele Pflegenden die ärztliche Anordnung der Psychopharmakagabe. Eine körpernahe Fixierung nach ärztlicher

Anordnung wird in diesem Kontext auch gelegentlich genutzt. In diesen Situationen werden pflegende Angehörige stellenweise zur Deeskalation miteinbezogen, in dem sie telefonisch benachrichtigt werden und um ihre Anwesenheit gebeten wird. Eine geplante aktive Einbeziehung der Angehörigen im Rahmen der pflegerischen Versorgung findet dagegen selten statt. Viele Pflegenden beklagen, dass wichtige psychosoziale Informationen (Biografie, Vorlieben, Abneigungen, bekannte Auslöser für die Entwicklung von herausforderndem Verhalten, bereits bewährte individuelle Maßnahmen zur Deeskalation, etc.) über den demenziell Erkrankten aus dem regulären Versorgungssetting des Betroffenen nicht schriftlich zur Verfügung stehen. Die Gegenwart von Angehörigen wird deshalb von einigen Pflegefachkräften genutzt, um biografische Informationen und Lösungsstrategien zu generieren, die in der Vergangenheit herausfordernde Verhaltensweisen erfolgreich reduzierten. Diese Informationen werden jedoch selten schriftlich fixiert, sodass sie nicht für alle beteiligten Pflegenden verfügbar und nutzbar sind. Im Rahmen der postoperativen Schmerzerfassung bei kommunikativ stark eingeschränkten Patienten mit Demenz nach Stomaanlage beobachten die Pflegenden regelmäßig die nonverbalen Schmerzáußerungen und die physiologischen Hinweise. Die Bewertung der Schmerzsituation von demenziell Erkrankten fällt dabei von Pflegekraft zu Pflegekraft sehr unterschiedlich aus. Gelegentlich werden von Pflegenden auch Angehörige nach der Schmerzeinschätzung ihres demenzkranken Verwandten befragt. Das Fremdeinschätzungsinstrument BESD wird nicht genutzt. Insgesamt lässt sich festhalten, dass in dem beschriebenen Klinikum die überwiegend genutzten pflegerischen Maßnahmen zur Deeskalation von herausfordernden Verhaltensweisen wenig Erfolg zeigen. Dadurch entstehen bei den Pflegenden Gefühle der Frustration. Sie erleben die Betreuung von diesen Patienten als eine große Belastung. Allerdings sind seitens der Pflegekräfte Bestrebungen zur Deeskalation erkennbar, wie die Befragung von pflegenden Angehörigen nach erfolgreichen Lösungsstrategien und biografischen Informationen.

Kritische Analyse

Pflegende setzen in der beschriebenen Klinik die Krankheit Demenz vorwiegend mit dem Symptom der Vergesslichkeit gleich. In der Literatur wird jedoch klar formuliert, dass die Erkrankung Demenz mit mehreren kognitiven Defiziten einhergeht, die neben dem Denken auch die Sprache, das emotionale Erleben, die Sinneswahrnehmung, die Persönlichkeit, die Orientierung, die Motorik und das Urteilen betreffen. Die Fachliteratur macht zudem deutlich, dass Demenzkranke, aufgrund von kommunikativen Einschränkungen, herausfordernde Verhaltensweisen nutzen, um ihre unerfüllten Bedürfnisse und Probleme zu äußern. Herausfordernde Verhaltensweisen sind für den Betroffenen demnach bedeutungsvoll. Im Gegensatz dazu werden von vielen Pflegenden der beschriebenen Klinik die herausfordernden Verhaltensweisen demenzieller Stomaträger, wie die ständige Entfernung von Stomaversorgungssystemen, als absichtliche Provokationen verstanden. Diese Interpretation des Verhaltens wirkt sich in einigen Fällen auf die Kommunikation und das Verhalten der Pflegekräfte aus. Sie zeigen sich häufig distanzierter und ungeduldiger. Die pflegerische Versorgung demenziell Erkrankter wird dann oftmals von zwei Pflegepersonen durchgeführt und hat einen funktionalen Charakter. Lösungen zur Reduktion des Verhaltens werden oftmals in erzieherischen Belehrungen gesucht. Damit ist gemeint, dass der Patient z. B. in kurzen Gesprächen gebeten wird die Manipulationen zu unterlassen. Demgegenüber werden in der Literatur personzentrierte Kommunikationsformen, wie die Validation und die basale Stimulation, im Umgang mit demenziell Erkrankten empfohlen, die auf einer wertschätzenden Grundhaltung beruhen. Bei diesen Kommunikationsformen werden die demenziell Erkrankten als Individuen wahrgenommen, die ihre Bedürfnisse auf eine andere Art zum Ausdruck bringen und bedingt durch ihre Erkrankung auf einen gefühlsorientierten verstehenden pflegerischen Umgang angewiesen sind. Unter Berücksichtigung der kognitiven Fähigkeiten werden unterschiedliche Kommunikationstechniken eingesetzt, die dem Betroffenen eine verbesserte Orientierungs-, Wahrnehmungs- und Kommunikationsmög-

lichkeit bieten, wie z. B. das Sprechen in kurzen Sätzen unter Aufrechterhaltung des Blickkontaktes oder die Nutzung von Gestiken, wenn die Sprache nicht mehr verstanden wird. Dadurch gewinnen demenzielle Patienten Vertrauen in die Pflegebeziehung. Zudem werden, mithilfe der person-zentrierten Kommunikation, Ursachen für herausfordernde Verhaltensweisen erkannt und pflegerische Maßnahmen zur Deeskalation entwickelt. Neben dieser Kommunikationsform wird in der Literatur zusätzlich das biografieorientierte Arbeiten im Umgang mit demenziell Erkrankten empfohlen. Mithilfe von biografischen Informationen können die Verhaltensweisen demenziell Erkrankter optimaler gedeutet aber auch Lösungsstrategien zur Deeskalation identifiziert werden. Im vorgestellten klinischen Alltag der Autorin liegen den Pflegenden weder Informationen über erfolgreiche Lösungsstrategien bei herausfordernden Verhaltensweisen aus dem gewohnten Versorgungssetting noch biografische Informationen (Abneigungen, Vorlieben, etc.) über die demenziell Erkrankten in schriftlicher Form vor. Bei aggressiven Reaktionen der demenziellen Patienten sehen die Pflegenden den Einsatz von Psychopharmaka als eine Möglichkeit dieses herausfordernde Verhalten zu unterbinden. In manchen Fällen werden auch körpernahe Fixierungen nach Arztanordnung durchgeführt. Mithilfe dieser Maßnahmen wird der „Störfaktor“ Patient in seinem Verhalten gehindert oder gehemmt. Das Ziel der Pflegenden besteht darin die stationären Routinearbeiten fortzuführen. Die Ursache für das Verhalten des Demenzkranken wird dadurch nicht erkannt. Infolge der nicht wahrgenommenen Bedürfnisse oder Probleme, verstärkt der Patient sein Verhalten. Studienergebnisse bestätigen eine Zunahme des agitierten und aggressiven Verhaltens durch körpernahe Fixierungen. Die Nebenwirkungen der Psychopharmaka haben für demenziell Erkrankte weitere Folgen. In der Literatur wird beschrieben, dass spezielle Psychopharmaka, die eine anticholinerge Komponente besitzen, akute Verwirrheitszustände verursachen. Demnach ist der Einsatz dieser Maßnahmen, laut vorliegender Literatur, als inadäquat und kontraproduktiv zu bezeichnen. Im Hinblick auf die Schmerzerfassung von kommunikativ stark eingeschränkten demenzkranken

Stomaträgern werden von den Pflegenden nonverbale Anzeichen und physiologische Hinweise auf Schmerzen erfasst. In manchen Fällen werden auch Angehörige zu ihrer Einschätzung befragt. Diese Methoden sind laut vorliegender Literatur zentrale Aspekte zur Schmerzerfassung dieser Patientengruppe. Zur weiteren systematischen Erfassung wird jedoch zusätzlich das Fremdeinschätzungsinstrument BESD empfohlen, welches jedoch im klinischen Alltag der Autorin nicht genutzt wird.

Lösungsvorschläge

Angesichts der beschriebenen Diskrepanz zwischen theoretischen Forderungen und gelebter Praxis wird deutlich, dass eine Optimierung der pflegerischen Versorgungsqualität im Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen von demenzkranken Stomaträgern notwendig ist. Im Rahmen der kritischen Analyse konnte festgehalten werden, dass das Grundverständnis für die Erkrankung Demenz und die Ursachen von herausfordernden Verhaltensweisen bei den Pflegenden häufig nur bruchstückhaft vorhanden ist. Dies ist allerdings laut vorliegender Literatur die Basis zur Planung und Umsetzung von geeigneten pflegerischen Maßnahmen zur Deeskalation des demenziellen Verhaltens. Ferner ist die Einstellung der Pflegenden gegenüber demenziell Erkrankten sowie die Kommunikation und der Umgang mit dem Demenzkranken ein zentraler Aspekt für den Aufbau einer guten Pflegebeziehung und eine weitere Möglichkeit zur Deeskalation. Aufgrund dessen ist die Entwicklung eines Fortbildungskonzeptes für krankenhausinterne Pflegefachkräfte zum Thema „Erste Hilfe bei herausfordernden Verhaltensweisen demenzieller Stomaträger“ der zentrale Lösungsvorschlag dieser Abschlussarbeit. Das Ziel dieser Fortbildung liegt primär in der Sensibilisierung und Bewusstmachung der Pflegenden für die Ursachen von demenziellem Verhalten sowie die Umgangsformen und Maßnahmen, die herausfordernde Verhaltensweisen zusätzlich provozieren können. Weiterhin soll die Fortbildung den Pflegefachkräften Maßnahmen zur Deeskalation aufzeigen, sodass sie mehr Sicherheit im Umgang mit demenziellen Stomaträgern erhalten. Der Schwerpunkt liegt dabei in dem Erwerb von

neuen Kommunikationswegen mit Demenzkranken. Diese Schulung ist als Basismodul für den pflegerischen Umgang mit dieser Patientengruppe zu verstehen. Darauf aufbauend könnten weitere Module entwickelt werden, die unterschiedliche Themenschwerpunkte intensiver betrachten, wie z. B. die basale Stimulation in der Stomaversorgung. Die Autorin hat einen Karte als Take Home Message erstellt, die in der Abbildung zu sehen ist.

In Bezug auf die Optimierung des Informationsflusses inner- und außerhalb der Klinik beinhaltet der zweite Lösungsvorschlag der Autorin die Nutzung des Informationsbogens der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e. V. für das biografieorientierte Arbeiten im beschriebenen Klinikum. Angehörige oder Pflegende aus anderen Versorgungssettings (ambulanter Pflegedienst, Pflegeheim) können in diesem Bogen wichtige Informationen über den demenziell Erkrankten eintragen, sodass sich die Pflegefachkräfte des Akutkrankenhauses auf die zu erwartenden besonderen Erfordernisse einstellen und vorbereiten können. In diesem Bogen stehen allgemeine und biografische Angaben zur Person, Adresse und Telefonnummer der Angehörigen und/oder des Pflegeheimes. Eine Besonderheit ist in dem Zusammenhang das Feld „Kontaktaufnahme erwünscht bei“. Durch einen persönlichen oder telefonischen Austausch mit Angehörigen oder Pflegekräften des anderen Versorgungssettings könnten unklare Verhaltensweisen des demenziell Erkrankten im Krankenhaus besser gedeutet werden. Weiterhin sind in diesem Bogen Informationen über die Fähigkeiten des Demenzkranken in den wichtigsten Aktivitäten des täglichen Lebens aufgeführt. Eine weitere Besonderheit sind die Informationen über den demenziell Erkrankten hinsichtlich seiner kognitiven Leistungsfähigkeit, seiner Sprachfähigkeit und seines Verständnisses sowie seine Reaktion auf Körperkontakt. Anhand dessen können die Pflegenden ihre Kommunikation mit dem demenzkranken Stomaträger optimaler an seine Fähigkeiten anpassen (z. B. vermehrte Nutzung von non-verbale Kommunikationstechniken, wenn der Patient einen erheblichen Verlust des Sprachverständnisses hat). Neben dem können in diesem Bogen ebenfalls individuelle Auslöser oder Ur-

sachen für herausfordernde Verhaltensweisen, wie Aggression oder Angst, dokumentiert werden. Dieses Wissen ermöglicht den Pflegenden im Akutkrankenhaus beeinflussbare Auslöser für herausforderndes Verhalten zu vermeiden. Informationen zu den Vorlieben und Abneigungen des Demenzkranken sowie bewährte Strategien zur Deeskalation von herausfordernden Verhaltensweisen können ebenfalls in diesen Bogen eingetragen werden. Pflegende erhalten dadurch wichtige Hilfen im pflegerischen Umgang mit dem demenziell Erkrankten. Mitarbeiter des Casemanagements sollten im prästationären Gespräch den Angehörigen oder den Pflegekräften des anderen Versorgungssettings den Informations-

bogen aushändigen. Im Falle einer notfallmäßigen Aufnahme sollte die Aushändigung unmittelbar nach der stationären Einweisung erfolgen.



Desiree Jansen
Pflegeexpertin Stoma, Kontinenz und Wunde
E-Mail: desireejansen30@gmail.com

Literatur bei der Verfasserin

Take Home Message



Die innere Einstellung und Haltung gegenüber dem Demenzkranken:



Wertschätzung und Respekt = Vertrauensaufbau

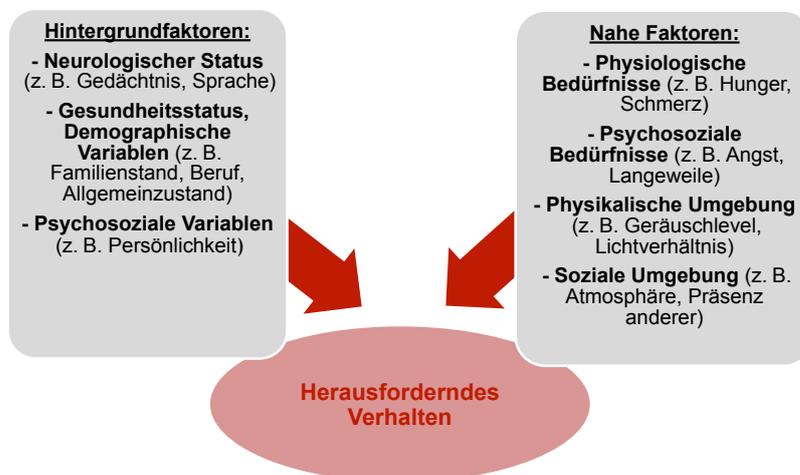


Herabsetzen der Person = Misstrauen, Verstärkung des Verhaltens

Zentrale Interaktionsregeln:

- **Mimik und Gestik beobachten**
- **Emotionen wahrnehmen**
- **Authentisch sein**
- **Keine Diskussionen / Verhalten nicht kritisieren**
- **Kommunikation den Fähigkeiten anpassen** (langsam sprechen, ggf. Demonstrieren von Tätigkeiten, wenn Sprachverständnis nicht mehr vorhanden ist)
- **Orientierung geben** (Blickkontakt, Rituale zur Begrüßung und zum Abschied, positive biografische Erinnerungen nutzen, um negative Gefühle in positive umzulenken, etc.)

Aktion → **Reaktion**
(Pflegekraft) (Demenzkranker)



Das NDB-Modell
(Quelle: http://dzd.blog.uni-wh.de/files/2015/04/Herausforderndes-Verhalten_Hintergrundfaktoren.jpg
Modifiziert von Jansen, D.)

Abb. Take Home Message

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 3.000 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
- ◆ Therapieklärung 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 -5167110** (gebührenfrei)
kundenservice@gesundheitsgmbh.de

 www.gesundheitsgmbh.de
 facebook.com/GHDGesundHeitsGmbH
 youtube.com/GHDGesundHeitsGmbH

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

PflegeexpertInnen im O-Ton Interview



„Arbeiten im Homecare Bereich heißt für mich als Bindeglied zwischen Betroffenen und Klinik zu fungieren.“

Interview mit Katharina Ott-Hartusch Pflegeexpertin Stoma Kontinenz Wunde

FgSKW: Guten Tag Frau Ott-Hartusch. Es freut mich sehr, dass ich Sie für unsere Interviewreihe gewinnen konnte. Wie lange sind Sie schon in der Pflege?

Ott-Hartusch: Hallo Frau Wieczorek, ich bin seit nunmehr über 30 Jahren in der Pflege beschäftigt. Nach meinem Examen 1988 in der Altenpflegeschule am Juliusspital Würzburg war ich in verschiedenen Einrichtungen der stationären Alten- und Krankenpflege tätig.

1999 begann meine Tätigkeit im Homecare Bereich. Eine damals noch junge Branche, die es erst seit Anfang der 90er Jahre gibt, an der mich besonders die Vielfalt an Möglichkeiten begeistert. Zu dieser Zeit wurde Fachpersonal gesucht, um ein neues Gebiet aufzubauen. Meine Vorgängerin, im damals noch jungen Homecare Unternehmen, ging zurück in die stationäre Pflege und sagte „das wäre doch was für dich“. So bewarb ich mich. Es war von Beginn an spannend und äußerst attraktiv: Selbstständig zu arbeiten, sich zu organisieren, jeden Tag etwas Neues, kein Tag ist wie der andere. Als ich damals im Taubertal, Mittel- und Unterfranken im Außendienst angefangen habe, gab es eine Stomatherapeutin an der der Uniklinik und eine Stomatherapeutin in einer Rehaklinik hier in Bad Merгентheim. Ansonsten war weit und breit keine Stomatherapie etabliert. Im Rahmen meiner Fachweiterbildung zur

Pflegeexpertin hatte ich die Möglichkeit bei beiden Stomatherapeutinnen zu hospitieren.

Zu Beginn meiner Tätigkeit wurde ich oftmals gefragt, was eigentlich meine Aufgaben sind. Homecare, das dachten und denken heute noch viele, ist eine Arbeit im ambulanten Pflegedienst- Das ist es allerdings nicht. Wir sehen uns im Homecare als Bindeglied zwischen Patientin sowie Patient zuhause und den Kliniken. Unsere Aufgaben sind nicht nur die Belieferung der verordneten Hilfsmittelprodukte, sondern auch die Beratung und Einweisung in die speziellen Hilfsmittel. Häufig begleiten wir die Betroffenen eine sehr lange Zeit durch eine schwere Zeit. Um mein Fachwissen zu erweitern, meldete ich mich in Dornstadt zur Fachweiterbildung an und schloss diese 2001 erfolgreich ab. Damals stand auf dem Diplom noch „Weiterbildung zur Stomapflege und Inkontinenz“, da der Part der Wunde noch nicht integriert war. Ergänzend hierzu absolvierte ich 2010 die Weiterbildung zur Wundexpertin ICW in Hamburg. Den ein oder anderen Kontakt aus den Weiterbildungen pflege ich noch bis heute.

Von meiner Fachweiterbildung profitierten folgend zwei Darmkrebszentren (DKZ) durch eine Kooperation meines damaligen Arbeitgebers. Infolgedessen konnte ich in beiden Kliniken als supportive externe Pflegeexpertin Stoma Kontinenz Wunde (PSKW) Betroffene

beraten und betreuen. Das Besondere in den Kliniken war, dass ein Arbeitskreis Stomaberatung schon implementiert war- eine außergewöhnlich wertvolle Struktur innerhalb einer Klinik. Das Fachpersonal innerhalb des Arbeitskreises Stomaberatung, tauscht sich untereinander aus, organisiert regelmäßig Fortbildungen und nimmt auch an solchen teil. Dadurch stärken die Kolleginnen und Kollegen, die Kompetenzen innerhalb des Hauses als Multiplikatoren. Die Kooperationen mit den DKZ waren nur möglich, da ich die Fachweiterbildung absolviert hatte und dieses als Voraussetzung für die Zertifizierung der DKZ galt. Bereits 2009 wurde ich bei der ersten Zertifizierung zum Darmkrebszentrum miteinbezogen. In der Region waren die Kliniken froh, eine PSKW in Kooperation zu haben, da diese im Vergleich zu heute rar waren. Ein DKZ betreute ich 7, das zweite wiederum 9 Jahre. An diese Zeit denke ich sehr gerne zurück. Die Zusammenarbeit mit engagierten pflegerischen sowie ärztlichen Personal war eine große Bereicherung für meine berufliche Arbeit. Ein spannendes Kapitel meines Berufslebens. Der Austausch mit PSKW in den Akut- und Rehakliniken ist sehr wertvoll, so entstand mit den Jahren ein Netzwerk, das Kontakte zwischen Akut und Rehakliniken, Pflegediensten als auch Haus- und Fachärzten knüpft und eine umfassende Versorgung sowie Betreuung der Patientinnen und Patienten ermöglicht.

Seit 2005 begleite ich fachlich als Mitglied eine damals neu gegründete Selbsthilfegruppe. Die Menschen in ihrem Alltag zu erleben bedeutet für mich ganz neue Einblicke in Probleme, die sich aus den jeweiligen Krankheitsbildern in verschiedenen Lebenssituationen ergeben- auch dieser Austausch ist unverzichtbar für meine tägliche Arbeit. Hinzu kommen auch die Planung, Organisation und Durchführung von Fachschulungen zu unterschiedlichen Fachbereichen, die ich für pflegerisches und ärztliches Personal an Pflegeschulen als auch in Pflegeheimen, ambulanten Pflegediensten, Rehakliniken und Selbsthilfegruppen wie natürlich auch für meine Kolleginnen und Kollegen gebe. Diese Schulungen sind eine willkommene Gelegenheit, sich mit allen Bereichen der Pflege und Betroffenen auszutauschen. Insbesondere die Organisation, Durchführung und Begleitung von z. B. Patiententagen und Klinikveranstaltungen bringen Abwechslung und machen viel Spaß! Des Weiteren begleiten mich immer wieder auch Hospitantinnen und Hospitanten in der Fachweiterbildung. Dabei erfahre ich aktuelle Entwicklungen aus erster Hand und kann gleichzeitig den zukünftigen Kolleginnen und Kollegen die Vielfältigkeit unseres Tätigkeitsfeldes näherbringen.

In den vergangenen Jahren war ich bei verschiedenen Homecare Unternehmen tätig. Dabei erlebte ich die Veränderungen und Reformen im Gesundheitswesen, die sich nicht immer zum Vorteil für die Betroffenen ausgewirkt haben. Das ist für viele Menschen sehr einschneidend gewesen... und für uns nicht immer einfach zu vermitteln. Darunter fallen unter anderem die ersten Stomapauschalen in der Erstattung oder die Erhebung der Zuzahlung für die Hilfsmittel. Vieles hat sich verändert und die Gesundheitsreformen bedeuteten oftmals keine Reform, sondern mehr Belastung für chronisch kranke Menschen.

Im Laufe der vergangenen Jahre hatte ich somit die Möglichkeit, viele Facetten der Stomatherapie kennenzulernen. Ich begleite und betreue Betroffene vor und nach der Operation in der Akutklinik, wie auch in Rehaeinrichtungen und zuhause.

Ein stabiles Team ist mir sehr wichtig. Wir unterstützen uns gegenseitig, sei es

menschlich oder fachlich. Da wir sehr viel mit schwerkranken Betroffenen zu tun haben, ist es wichtig uns auch reflektieren zu können. Wir benötigen ein Ventil, denn nicht alles erlebte möchte man mit nach Hause nehmen. Mit einigen Kolleginnen und Kollegen arbeite ich nun seit über 20 Jahren zusammen. In einer immer schneller werdenden Gesellschaft ist das ein wichtiger Bestandteil meines Arbeitslebens geworden.

FgSKW: Sie können also auf viele Jahre Berufserfahrung in der Pflege zurückblicken. Welche Eigenschaften sollte man unbedingt mitbringen, um Spaß am Job zu haben?

Ott-Hartusch: Wie erwähnt, begleiten wir unsere Patientinnen und Patienten durch eine sehr schwere Phase ihres Lebens und das oft über Jahre. Dabei ist es wichtig, dass man Spaß an dem hat, was man tut, gut zuhören kann, sich gerne mit Betroffenen austauscht und die Kommunikation mit anderen Berufsgruppen liebt. Dabei beständig für jede Patientin und jeden Patienten ein zuverlässiger Partner ist, der viel Empathie mitbringt. Zudem ist ein gutes Nervengerüst, Geduld und die Bereitschaft, immer wieder individuelle Lösungen zu suchen und zu finden von Vorteil.

Arbeiten im Homecare Bereich heißt für mich...

Ott-Hartusch: ... als Bindeglied zwischen Betroffenen und Klinik zu fungieren, offen für Neues zu sein wie auch flexibles und kreatives arbeiten. Den Spagat zu schaffen, die Betroffenen bestmöglich zu betreuen und gleichzeitig den eigenen Ansprüchen sowie den Firmen- und Krankenkassenvorgaben (Medizinisch notwendig, wirtschaftlich und ausreichend) gerecht zu werden.

FgSKW: Wie sieht ihr Berufsalltag aus? Was finden Sie besonders spannend?

Ott-Hartusch: Ich betreue und berate in den Therapiebereichen Stoma- Kontinenz und Wunde. Das bedeutet nicht nur Betroffene mit einem Stoma, sondern auch mit Fisteln, Wunden oder Inkontinenz zu versorgen. Das Spektrum reicht von der Stomaversorgung bis zum intermittierenden Selbstkatheterismus (auch bei Pouchanlagen) über Kondomurinale bis hin zur transanal

Irrigation und Wundversorgung bzw. -beratung. Dazu gehören auch administrative Tätigkeiten, wie die Hilfsmittelanforderungen/das Rezeptmanagement, ggf. auch Mehrbedarfsprotokolle und Rücksprache mit Ärztinnen und Ärzten. Die psychosoziale Beratung und Vermittlung an Selbsthilfegruppen ist ebenfalls Teil der alltäglichen Arbeit. Natürlich muss das alles umfassend dokumentiert werden. Um mir vor Ort ein Bild zu machen, vereinbare ich Besuchstermine bei Betroffenen. Jede Patientin und jeder Patient hat eine eigene Lernkurve, was den Umgang mit den benötigten Hilfsmitteln anbelangt. Der Eine kommt nach der Entlassung aus der Klinik schneller alleine zurecht, andere benötigen weitere Besuche zu Hause, um die Handgriffe einzuüben. Mitunter machen auch Wundheilungsstörungen Probleme. Hierbei ist es erstaunlich, wie schnell mit der modernen und phasengerechten Wundversorgung Fortschritte erzielt werden können. Die eigene Fort- und Weiterbildung ist daher zwingend erforderlich, um immer auf dem aktuellen Kenntnisstand zu sein. Neu und sehr spannend ist für mich meine neue Aufgabe bei der Firma als Spartenverantwortliche für den Bereich Stoma/Kontinenz. In diesem Zusammenhang bin ich bei vielen verschiedenen Projekten innerhalb des Unternehmens involviert. Wir (die Spartenverantwortlichen) sind Ansprechpartnerin und Ansprechpartner für alle Kolleginnen sowie Kollegen im Tagesgeschäft, klären fachliche Fragen und unterstützen die Regionalleitung. Natürlich versuchen auch wir, während eines Corona Lockdowns möglichst viel aus dem Home-Office zu regeln. Besuche bei den Betroffenen sind allerdings unerlässlich, selbstverständlich unter Einhaltung der geltenden Hygienevorschriften. Ich kann hier auch eine Systemrelevanz erkennen, vergleichbar mit anderen Tätigkeiten in der Pflege.

FgSKW: Was sind Ihre schönsten Momente als Pflegeexpertin SKW?

Ott-Hartusch: Da gibt es sicherlich viele...

... zum Beispiel, wenn chronische Wunden verheilen. Betroffene mit einem Stoma nach Anfangsschwierigkeiten alleine zurechtkommen, auf Reisen gehen, arbeiten können und wieder in

und bei sich sind, wenn der Alltag zurückkommt. Es freut mich sehr zu erfahren, dass Patientinnen schwanger sind und ich es oftmals auch noch als Erste erfahre. Es ist faszinierend, sobald ein Mensch seine neue Situation annimmt und Urlaube, Sport und Alltag trotz Beinrächtigung möglich sind. Es bestärkt, wenn Menschen sich freuen mich sehen, besonders wenn ich helfen und unterstützen konnte- dann ist mein Tag erfüllt. Was einem diese Momente zurückgeben ist nicht messbar. Gerne möchte ich in dem Zusammenhang ein Erlebnis schildern. Ein Patient lehnte sein Stoma beharrlich ab. Bei jedem Besuch sagte der Stomaträger „jetzt kommt DIE schon wieder“. Er konnte seinen künstlichen Ausgang nicht ansehen und wollte das so nicht haben. Beharrlich bin ich zu ihm immer wieder zur Beratung gekommen, und eines Tages sagte er zu mir als ich die Tür aufmachte „Meine Sonne kommt“. Dies war der Tag, an dem der Patient seine neue Situation annehmen konnte. Wir haben heute noch Kontakt.

Es ist schön zu hören, wenn Menschen mir sagen wie wichtig und wertvoll ich für sie in ihrer schweren Zeit gewesen bin: „Du warst eine wichtige Person in meinem Leben und dich werde ich nie vergessen so wie du mir geholfen hast... du bist in meinem Herzen, ich wünsche dir das Beste im Leben... du bist ein besonderer Mensch...“

FgSKW: Hören Sie eigentlich nach der Stomarückverlagerung später nochmal von Ihren Patientinnen und Patienten?

Ott-Hartusch: Vielen Betroffenen mit Stoma geht es gut nach der Stomarückverlagerung. Dennoch halte ich den Kontakt auch nach der Operation. Es ist wichtig Betroffene, die Probleme nach der Rückverlagerung haben, darüber zu informieren, dass sie sich weiterhin an mich wenden können. Innerhalb des ärztlichen Personals und den Selbsthilfegruppen steigt das Bewusstsein zu einem Unterstützungsbedarf nach den Stomarückverlagerung. Des Weiteren steigt die Sensibilität in der Fachwelt für diese Problematik. Das Low anterior resection Syndrom (LARS) ist ein bekanntes Problem nach tiefer Rektumresektion, wobei viele Lebensqualitätsstudien nach Stomarückverlagerung durchgeführt werden. Um unterstützen zu können, müssen die Probleme pri-

mär identifiziert werden. Dabei gibt es vielfältige Lösungsansätze und Beratungsbedarf, der von Ernährungsberatung, Biofeedback, Beckenbodentraining über Hautschutzmateriale bis zu der transanal Irrigation reicht. In unserem Team können wir auf Kolleginnen und Kollegen mit langjähriger Erfahrung zu diesen Themen zurückgreifen, das natürlich ein großer Vorteil für die Betroffenen.

FGSKW: Was sind denn ihrer Meinung nach die Wünsche der Betroffenen selbst?

Ott-Hartusch: Eine persönliche Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner zu haben, Zuverlässigkeit in der Beratung und Belieferung. Fachlichkeit mit Herz und Verstand.

FgSKW: Hat sich die Pflege im Laufe der Jahre verändert? Wo gibt es ihrer Meinung nach Schwachstellen und was hat sich verbessert?

Ott-Hartusch: Meiner Meinung nach hat sich die Behandlung und Versorgung von Betroffenen mit einem Stoma mit den entstandenen DKZ verbessert. Ebenso hat sich das Verständnis für die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten vorteilhaft entwickelt. Die Zusammenarbeit mit pflegerischem und ärztlichem Personal sowie den Selbsthilfegruppen funktioniert mittlerweile sehr gut. Des Weiteren hat sich die allgemeine medizinische Versorgung positiv verändert. Es gibt moderne, bessere Therapieformen und Operationmöglichkeiten die oftmals eine Stomaanlage nicht erfordern. Im guten Sinne sehe ich, dass sich der Homecare Bereich etabliert hat und in Pandemiezeiten systemrelevant ist. Wir schließen Lücken in der Überleitung, vermeiden optimalerweise Drehtüreffekte, womit wiederum Kosten eingespart werden können. Wir PSKW im Homecare bekommen immer mehr Wertschätzung und Gehör von ärztlicher Seite und werden nicht mehr als nur reiner „Lieferservice“ wahrgenommen. Ich erlebe, dass gerne mit uns zusammengearbeitet wird, sei es im stationären oder niedergelassenen Bereich- auch Krankenkassen schätzen unsere Beratungskompetenz. Betrachten wir die negativen Aspekte ist meiner Meinung nach ein Bürokratieabbau erforderlich. Die Zeit am Schreibtisch wird

immer mehr und geht am Betroffenen verloren.

FGSKW: Wie sieht die Zukunft der Pflege ihrer Meinung nach aus und wie blicken Sie in die Zukunft?

Ott-Hartusch: Die Attraktivität des Pflegeberufes muss gesteigert werden, dies beginnt bei der Wertschätzung in der Gesellschaft und endet bei der Vergütung. Wenn die Politik das nicht schafft, wird diesen wunderbaren Beruf, in dem es sehr viele Weiterentwicklungsmöglichkeiten gibt, keiner mehr ergreifen wollen.

FgSKW: Bauen Sie eine Beziehung zu Ihren Patientinnen und Patienten auf?

Ott-Hartusch: Um eine gute Beratungsqualität zu erzielen ist ein gewisses Empathievermögen notwendig. Dieses spiegelt sich auch in einer persönlichen Beziehung zu den Betroffenen und deren Angehörigen wider. Vertrauen ist für mich die Basis und ein fester Bestandteil meiner Arbeit.

FgSKW: Wie beschreiben Sie ihren Job in drei Worten?

Ott-Hartusch: Empathie, Fachlichkeit, Flexibilität.

FgSKW: Vielen Dank für Ihre Zeit und die Möglichkeit für das Interview.

*Katharina Ott-Hartusch
info@actario.de*

*Das Interview führte
Margarete Wiczorek*



Frau Katharina Ott-Hartusch arbeitet beim Homecare Unternehmen Actario® als Pflegeexpertin Stoma Kontinenz und Wunde. Seit über 20 Jahren ist sie im Außendienst und berichtet von persönlichen Eindrücken, Erlebnissen und Erfahrungen aus ihrem Alltag.

Hilfe aus dem Netz – Stomaberatung 2.0

Facharbeit von Monika Linn erhält den Sonderpreis Selbsthilfe 2020 der Deutschen ILCO e.V.

Die digitalen Informationswege gewinnen bei der Selbsthilfe immer mehr an Bedeutung. In diesem Jahr zeichnet die Deutsche ILCO e.V. die Facharbeit „Hilfe aus dem Netz – Stomaberatung 2.0“ der Stomatherapeutin Monika Linn mit dem „Sonderpreis Selbsthilfe“ 2020 aus. Der Preis ist mit 1.000 Euro dotiert.

In einer Zeit, in der die persönliche Nähe stark reduziert werden muss, ist es gerade für Betroffene umso bedeutsamer, weiterhin direkten Zugang zu Fachinformation zu haben sowie schnell und zuverlässig Rat und Hilfe bei ihren Fragestellungen zu erhalten. In ihrer Fachpublikation setzt sich die Preisträgerin ernsthaft und intensiv mit den Angeboten und Anliegen der Selbsthilfe auseinander. Sie bezieht aktuelle Studien zur Selbsthilfelandchaft in Deutschland mit ein und zitiert dabei zahlreiche Quellen direkt aus den Reihen der Selbsthilfe. Linns Arbeit, die vor der Corona-Pandemie im Jahr 2018 fertiggestellt wurde, hat nichts von ihrer Aktualität eingebüßt.

Neben ihrer tiefen Auseinandersetzung mit der Selbsthilfe zeichnet sich Linns Arbeit auch dadurch aus, dass sie sowohl Impulse und Anregungen für Kooperationsmöglichkeiten zwischen Pflegeexperten und der Selbsthilfe liefert wie zugleich durch kluge Gedankenanstöße zur Weiterentwicklung von Selbsthilfe-



Angeboten beizutragen vermag. Um das positive Zusammenspiel zwischen Fachkräften aus dem medizinisch-pflegerischen Sektor und der Selbsthilfe zu würdigen und weiter zu stärken, hat die Deutsche ILCO diesen Preis ins Leben gerufen, der wissenschaftliche Arbeiten wie die von Linn auszeichnet, die sich sachkundig und konstruktiv mit den Angeboten und Zielsetzungen der Selbsthilfe auseinandersetzen.

Im Jahr 2021 und 2022 wird dieser Preis wieder verliehen werden. Für Fragen und weiterführende Informationen zum „Sonderpreis

Selbsthilfe“ und zum Bewerbungsverfahren steht allen Interessierten Martina Jäger in der Bundesgeschäftsstelle der Deutschen ILCO in Bonn zur Verfügung.
Telefon: 0228-33 88 94-450,
E-Mail: martina.jaeger@ilco.de

Deutsche ILCO e.V.
Bundesgeschäftsstelle
Thomas-Mann-Straße 40
53111 Bonn
Tel.: 02 28 33 88 94-50
Fax: 02 28 33 88 4-75
E-Mail: info@ilco.de
www.ilco.de
www.ilco.de/forum

Was brauchen erwerbstätige pflegende Angehörige?

Das Projektteam reges:BOR befragt zurzeit Betroffene im Kreis Borken zu ihren Erfahrungen und Wünschen

Angehörige zu pflegen – das kann ein Vollzeitjob sein. Was aber, wenn die Pflegenden selbst berufstätig sind? Mit welchen Schwierigkeiten müssen sie umgehen, welche Hilfen stehen ihnen zur Verfügung?

Antworten auf diese Fragen können helfen, Maßnahmen zu entwickeln, die bei den Betroffenen ankommen. Deshalb hat das Gesundheitsförderungsnetzwerk reges:BOR, ein Projekt der FH Münster, einen Fragebogen für berufstätige pflegende Angehörige erstellt. Er soll die Situation dieser stark belasteten Menschen erfassen und Ansatzpunkte zur Unterstützung und Gesunderhaltung liefern.

„Die Erkenntnisse und Daten aus der Befragung sind die Diskussionsgrundlage für einen Workshop, der im Mai stattfinden wird“, erklärt Dr. Corinna Gréa, wissenschaftliche Projektmitarbeiterin. „Eingeladen dazu sind Betroffene, Expertinnen und Experten aus der Pflege, Vertreterinnen und Vertreter von Arbeitgebern und Anbietern von Unterstützungsleistungen sowie aus Verwaltungen – mit dem Ziel, konkrete Ideen zu sammeln, die wir anschließend umsetzen können.“ Im Mittelpunkt stünden die Wünsche und Bedürfnisse der pflegenden Angehörigen, so Gréa. „Und sicher finden wir dabei auch heraus, welche Auswirkungen die Corona-Pandemie auf die Pflege hat.“

Das Projekt reges:BOR hofft nun auf eine große Beteiligung der Menschen



Heike Bietenbeck (rechts) ist eine von vielen aus dem Kreis Borken, die sich neben ihrem Job um ihre pflegebedürftige Mutter kümmert; beide leben in einem Haushalt.

im Kreis. Denn je mehr Daten erhoben werden, desto passgenauer können Angebote entwickelt werden. An der Befragung kann jede erwerbstätige pflegende Person teilnehmen, die im Kreis Borken lebt oder eine Angehörige im Kreis Borken pflegt. Der Befragungszeitraum endet am 31. März. Die Befragung ist anonym und dauert rund 25 Minuten. Der Link zum Fragebogen steht unter befragung.reges-bor.de.

Zum Thema: Das Gesundheitsförderungsnetzwerk reges:BOR ist ein Netzwerk zur Gesundheitsförderung und Prävention im Kreis Borken. Es ist Teil des von der Bund-Länder-Initiative „Innovative Hochschule“ geförderten Projekts muenster.land.leben an der FH Münster.

FH Münster
Hüfferstraße 27
48149 Münster
Tel.: 0251 83-64090
pressestelle@fh-muenster.de
www.fh-muenster.de

COVID-19

Eine COVID-19-Erkrankung kann grundsätzlich einen Versicherungsfall der gesetzlichen Unfallversicherung darstellen. Unter den nachfolgend aufgeführten Voraussetzungen ist die Erkrankung als Berufskrankheit oder als Arbeitsunfall zu werten.

COVID-19 als Berufskrankheit

Von der Nummer 3101 der Berufskrankheitenliste werden Personen erfasst, die infolge ihrer Tätigkeit im Gesundheitsdienst, in der Wohlfahrtspflege oder in einem Laboratorium mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert werden und deshalb an COVID-19 erkranken. Gleiches gilt für Personengruppen, die bei ihrer versicherten Tätigkeit der Infektionsgefahr in einem ähnlichen Maße besonders ausgesetzt waren.

Zum Gesundheitsdienst zählen z. B. Krankenhäuser, Arztpraxen, Apotheken, Physiotherapieeinrichtungen, Krankentransporte, Rettungsdienste oder Pflegedienstleistungen.

Einrichtungen der Wohlfahrtspflege sind vor allem solche der Kinder-, Jugend-, Familien und Altenhilfe sowie zur Hilfe für behinderte oder psychisch erkrankte Menschen oder Menschen in besonderen sozialen Situationen (z. B. Suchthilfe oder Hilfen für Wohnungslose).

Neben wissenschaftlichen und medizinischen Laboratorien werden auch Einrichtungen mit besonderen Infektionsgefahren erfasst, soweit die dort Tätigen mit Kranken in Berührung kommen oder mit Stoffen umgehen, die kranken Menschen zu Untersuchungszwecken entnommen wurden.

Bei der Beantwortung der Frage, ob einzelne Personen durch ihre Tätigkeiten in anderen Bereichen in ähnlichem Maße einer Infektionsgefahr ausgesetzt sind, kommt es auf die Art der Kontakte

mit infizierten Personen an. Diese müssen bestimmungsgemäß mit unmittelbarem Körperkontakt (z. B. Tätigkeiten des Friseurhandwerks) oder mit gesichtsnahen Tätigkeiten (z. B. kosmetischen Behandlungen) verbunden sein.

Darüber hinaus gibt es bislang keine wissenschaftlich gesicherten Hinweise darauf, dass bestimmte Berufsgruppen wie z. B. Kassiererinnen und Kassierer oder Beschäftigte im öffentlichen Nahverkehr bei ihren Tätigkeiten einem vergleichbar erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt sind.

Eine Anerkennung als Berufskrankheit setzt weiterhin voraus, dass nach einer Infektion mindestens geringfügige klinische Symptome auftreten. Treten erst später Gesundheitsschäden auf, die als Folge der Infektion anzusehen sind, kann eine Berufskrankheit ab diesem Zeitpunkt anerkannt werden.

Ein gemeinsames Merkblatt von DGUV und der Deutschen Vereinigung für Intensivmedizin (DIVI) kann hier heruntergeladen werden: *COVID-19 als Berufskrankheit - Informationen für Beschäftigte im Gesundheitswesen*

COVID-19 als Arbeitsunfall

Erfolgt eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infolge einer versicherten Tätigkeit, ohne dass die Voraussetzungen einer Berufskrankheit vorliegen, kann die Erkrankung einen Arbeitsunfall darstellen.

Dies setzt voraus, dass die Infektion auf die jeweilige versicherte Tätigkeit (Be-

schäftigung, (Hoch-)Schulbesuch, Ausübung bestimmter Ehrenämter, Hilfeleistung bei Unglücksfällen o. a.) zurückzuführen ist.

In diesem Rahmen muss ein intensiver Kontakt mit einer infektiösen Person ("Indexperson") nachweislich stattgefunden haben und spätestens innerhalb von zwei Wochen nach dem Kontakt die Erkrankung eingetreten bzw. der Nachweis der Ansteckung erfolgt sein.

Die Intensität des Kontaktes bemisst sich dabei vornehmlich nach der Dauer und der örtlichen Nähe.

Die SARS-CoV-2-Arbeitsschutzregel vom 20. August 2020 geht von einer Kontaktdauer von mindestens 15 Minuten bei einer räumlichen Entfernung von weniger als eineinhalb bis zwei Metern aus. Im Einzelfall kann auch ein zeitlich kürzerer Kontakt ausreichen, wenn es sich um eine besonders intensive Begegnung gehandelt hat. Umgekehrt kann dies für einen längeren Kontakt gelten, obwohl der Mindestabstand eingehalten wurde.

Lässt sich kein intensiver Kontakt zu einer Indexperson feststellen, kann es im Einzelfall aber ausreichen, wenn es im unmittelbaren Tätigkeitsumfeld (z. B. innerhalb eines Betriebs oder Schule) der betroffenen Person nachweislich eine größere Anzahl von infektiösen Personen gegeben hat und konkrete, die Infektion begünstigende Bedingungen bei der versicherten Tätigkeit vorgelegen haben. Dabei spielen Aspekte wie Anzahl der nachweislich infektiösen

Personen im engeren Tätigkeitsumfeld, Anzahl der üblichen Personenkontakte, geringe Infektionszahlen außerhalb des versicherten Umfeldes, räumliche Gegebenheiten wie Belüftungssituation und Temperatur eine entscheidende Rolle.

Hat der Kontakt mit einer Indexperson auf dem Weg zur Arbeit oder auf dem Heimweg stattgefunden und ist in der Folge eine COVID-19-Erkrankung aufgetreten, kann unter den aufgeführten Bedingungen ebenfalls ein Arbeitsunfall vorliegen. Insbesondere ist hier an vom Unternehmen organisierte Gruppenbeförderung oder Fahrgemeinschaften von Versicherten zu denken. In eng begrenzten Ausnahmefällen kann auch eine Infektion in Kantinen als Arbeitsunfall anerkannt werden.

Grundsätzlich ist der Aufenthalt dort als eigenwirtschaftlich und mithin nicht

versichert anzusehen. Ist die Essenseinnahme in einer Kantine jedoch aus betrieblichen Gründen zwingend erforderlich oder unvermeidlich und befördern die Gegebenheiten (z. B. Raumgröße und -höhe, Lüftung, Abstandsmöglichkeiten) eine Infektion mit SARS-CoV-2, kann ausnahmsweise Versicherungsschutz bestehen.

Ähnliches gilt für die Unterbringung in Gemeinschaftsunterkünften. Nur wenn diese Art der Unterbringung Teil des unternehmerischen, wirtschaftlichen Konzeptes ist und sich daraus eine besondere Infektionsgefahr ergibt, kommt eine Anerkennung als Arbeitsunfall überhaupt in Frage. Die Infektionsgefahr muss dabei über das übliche Maß hinausgehen und durch die Eigenheiten der Unterkunft (z. B. Mehrbettzimmer, Gemeinschaftswaschräume und -küchen, Lüftungsverhältnisse) begünstigt werden.

Bei der Prüfung der Voraussetzungen eines Arbeitsunfalls ist aber stets zu berücksichtigen, ob im maßgeblichen Zeitpunkt Kontakt zu anderen Indexpersonen in nicht versicherten Lebensbereichen (z. B. Familie, Freizeit oder Urlaub) bestanden hat.

Im Ergebnis ist in jedem Einzelfall eine Abwägung erforderlich, bei der alle Aspekte, die für oder gegen eine Verursachung der COVID-19-Erkrankung durch die versicherte Tätigkeit sprechen, zu berücksichtigen sind. Nur die Infektion, die infolge der versicherten Tätigkeit eingetreten ist, erfüllt die gesetzlichen Voraussetzungen eines Arbeitsunfalls.

Elke Biesel
Stv. Pressesprecherin
Tel.: +49 30 13001-1411
E-Mail: presse@dguv.de
www.dguv.de



Qufora® IrriSedo MiniGo

Irrigation mit geringer Wassermenge neu gedacht!

Die Darmirrigation mit geringer Wassermenge ist eine Möglichkeit, um die Lebensqualität von Menschen zu verbessern, die unter Darmbeschwerden wie z. B. Stuhlschmierer, inkompletter Stuhlentleerung oder dem tiefen anterioren Resektionssyndrom (LARS) leiden.

Anwenderrückmeldungen zeigen, dass bereits der Inhalt von 160 ml bei diesen Indikationen einen ausreichenden Stimulus im Enddarmbereich setzt.

Möchten Sie mehr darüber erfahren, wie Ihre Patienten mit Qufora IrriSedo MiniGo die Kontrolle über den Darm zurück gewinnen können?



- Einfach zu verwenden
- Leicht zu bedienen
- Passt in den Alltag

Besuchen Sie www.qufora.de, schicken Sie eine Email an info@qufora.de oder rufen Sie uns unter 06126 95 95 627 an.

Qufora® ist eine eingetragene Marke der Qufora A/S.
©03/2021. Alle Rechte vorbehalten.



27. April 2021 – online!

Fusioniert statt separiert der neue Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege
 Verein der Freunde und Förderer der Pflege am Universitätsklinikum Regensburg e.V.
 Tel.: 09 41/9 44 - 43 33 od. - 44 78
 E-Mail: Thomas.Bonkowski@ukr.de



17. Mai 2021 – online!

Zusammenarbeit mit Generation Y und Z – miteinander statt nebeneinander
 Verein der Freunde und Förderer der Pflege am Universitätsklinikum Regensburg e.V.
 Tel.: 09 41/9 44 - 43 33 od. - 44 78
 E-Mail: Thomas.Bonkowski@ukr.de



5. bis 7. Mai 2021 – online!

DEWU Deutscher Wundkongress und Bremer Pflegekongress
 MESSE BREMEN & CONGRESS BREMEN/M3B GmbH
 Tel. 04 21 / 35 05 – 3 41
 E-Mail: addiks@messe-bremen.de
 www.messe-bremen.de



28. Mai 2021 in Osnabrück

10. Konsensus-Konferenz in der Pflege
 Hochschule Osnabrück
 Albrechtstr. 30
 49076 Osnabrück
 Tel.: +49 5 41 969-0
 Fax: +49 5 41 969-2066
 E-Mail: webmaster@hs-osnabrueck.de
 www.hs-osnabrueck.de



21. – 27. Juni 2021

13. World Continence Week (WCW)

20. – 26. Juni 2022

14. World Continence Week (WCW)
 Deutsche Kontinenz Gesellschaft e. V.
 Friedrichstrasse 15
 60323 Frankfurt
 Tel.: 069 - 795 88 393
 Fax: 069 - 795 88 383
 E-Mail: info@kontinenz-gesellschaft.de
 www.kontinenz-gesellschaft.de



22.-23. September 2021 in Leipzig

MEDCARE
 Leipziger Messe GmbH
 Messe-Allee 1
 04356 Leipzig
 Tel.: +49 341 678-0
 Fax: +49 341 678-8762
 E-Mail: info@leipziger-messe.de
 www.medcare-leipzig.de



5. - 6. November 2021 in Frankfurt am Main

33. Kongress der Deutschen Kontinenz
 KelCon GmbH
 Tauentzienstraße 1
 10789 Berlin
 Tel.: 030 - 679 66 88 500
 Fax: 030 - 679 66 88 55
 E-Mail: info@kelcon.de
 www.kontinenzkongress.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. 85 · 04/2021



Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe – Bundesverband e.V.
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@dgvf.de – www.dgfw.de



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



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



Wannsee-Akademie
Ansprechpartnerin: Frau Ria Günther
Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin
Tel.: 030 / 806 86 - 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
Herr Anton Münster
Am Brambusch 24, 44536 Lünen
E-Mail: info@forum-gesundheit-nrw.de
www.forum-gesundheit-nrw.de



Akademie für Gesundheitsberufe
Frau Elisabeth Tenkleve
Frankenburgstr. 31, 48431 Rheine
E-Mail: e.tenkleve@mathias-spital.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



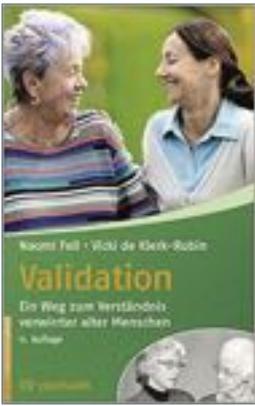
Deutsche Kontinenz Gesellschaft e.V.
Geschäftsstelle:
Friedrichstrasse 15, 60323 Frankfurt
Tel.: 069 - 79588393
www.kontinenz-gesellschaft.de



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



Naomi Feil, Vicki de Klerk-Rubin

Validation

Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen

Herausgeber: Ernst Reinhardt Verlag
16. März 2017
167 Seiten, 13,4 x 21,3 cm, Taschenbuch
ISBN 978-3-49702-39-12 € 23,90

Naomi Feil hat für den Umgang mit desorientierten alten Menschen die Methode der Validation entwickelt. Validation akzeptiert den Menschen so, wie er ist. Die Gefühle und die innere Erlebniswelt des verwirrten Menschen werden respektiert. Diese Menschen in ihrer eigenen Welt zu erreichen - das ist die Kunst der Validation. Das Buch ist ein unverzichtbarer Leitfaden für alle, die mit der Behandlung und Pflege desorientierter Menschen betraut sind.



Rosmarie Maier, Petra Mayer

Der vergessene Schmerz

Schmerzmanagement und -pflege bei Demenz

Herausgeber: Ernst Reinhardt Verlag
1. März 2012
171 Seiten, Broschiert
ISBN 978-3-49702-27-86 € 24,90

Wenn Menschen mit Demenz an Schmerzen leiden. Menschen mit Demenz können nicht mehr klar ausdrücken, dass sie Schmerzen haben. Schreien, Schlagen, Widerstand gegen Pflegehandlungen können Anzeichen sein. Wie erkennt man, ob ein Demenzpatient Schmerzen hat? Wie kann man die Schmerzen bekämpfen? Das Buch stellt Methoden zur Schmerzerfassung vor. Es gibt hilfreiche Tipps für eine sinnvolle Schmerzdokumentation. Neben der medikamentösen Therapie werden u.a. Bäder, Einreibungen, Basale Stimulation und das validierende Gespräch beschrieben. Im Zentrum stehen dabei das Erleben der Betroffenen und die Haltung der Pflegenden. Denn die Angst, die den Schmerz begleitet, kann man nur in einer wertschätzenden Begegnung lindern.



Horneber/Püllen/Hübner (Hrsg.)

Das demenzsensible Krankenhaus

Grundlagen und Praxis einer patientenorientierten Betreuung und Versorgung

Herausgeber: Kohlhammer W.
4. September 2019
403 Seiten, 18 x 24,5 cm, Gebunden
ISBN 978-3-17033-43-59 € 59,00

Wie macht man ein Krankenhaus fit für Menschen mit Demenz? Erfahren Sie erstmalig gebündelt, was ein demenzsensibles Krankenhaus auszeichnet.

Aus der Praxis für die Praxis entstanden, verbindet die hochkarätigen Autoren der gemeinsamen Wunsch, die Situation von kognitiv beeinträchtigten Patienten zu verbessern. Viele Menschen, nicht nur Ärzte und Pflegekräfte, leisten hierzu einen wichtigen Beitrag. Sie alle werden von der Lektüre profitieren.

Von Architektur bis Zukunftsorientierung bietet das Werk einen praktischen Überblick anhand der Prozesse im Krankenhaus:

- Ansprechende Architektur, persönliche Professionalität, bewusste Burn-out-Prävention, einfühlsame Kommunikation
- (Not-)Aufnahme -> Entlassung: vorausschauende Delirprävention, smarte Stationsorganisation, umfassende Diagnostik, begleitende Behandlung von Demenz, bedürfnisgerechte Ernährung
- Ganzheitliche Spiritualität, ethische Zielsetzungen, grundlegende Finanzierung, rechtliche Aspekte
- Zukunftsorientierte Versorgungskonzepte

Bilder: fotomaximum - Adobe Stock; Prof. Dr. med. Bernd Reith



könnte auch
Ihr Buchbeitrag
veröffentlicht werden.

Kurs Spezialisten für Stomapflege 2020/2021



Auch diesmal ist der Kurs Spezialist für Stomapflege in Kassel erfolgreich zu Ende gegangen.

Unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. med. Bernd Reith, Chefarzt der Allgemein-, Viszeralchirurgie und Proktologie in den AGAPLESION DIAKONIE KLINIKEN KASSEL unter Mitarbeit von Ulrike Krug, Stomatherapeutin und in Zusammenarbeit mit dem CBG Kassel, vertreten durch Frau Soose.

In der Präsentation der Abschlussarbeiten wurden interessante Kenntnisse rund um das Stoma vermittelt.

Frau Katharina Arzer-Rycka berichtete in Ihrer Arbeit über den „Einsatz eines Reiters in der Viszeralchirurgie“. Dabei wurde die historische Entwicklung der Anwendung von Reitern aufgezeigt, die Vor- und Nachteile dargestellt und dabei wissenschaftliche vergleichende und randomisierte Studien zum Pro und Contra zitiert und deren Ergebnisse dargestellt.

Das Fazit war hier, dass alle Studien zeigen, dass ein Reiter nicht wirklich erforderlich ist und auch die Rate an Komplikationen mit und ohne Reiter gleich sind. Der Hinweis, dass ein Reiter die Retraktion verhindern kann, ist nicht haltbar.

Frau Andrea Jäger hat sich mit dem Thema „Sport und Reisen mit einem Stoma“ beschäftigt und eine sehr anschauliche Kurzfassung für die Sportfähigkeit mit einem Stoma geschrieben, dabei wurde speziell auf Wassersportarten (Schwimmen, Tauchen) und die Möglichkeit spezielle unauffällige Bademoden zu verwenden eingegangen. Auch das Reisen bedarf der Vorbereitung, Reisen generell ist aber mit einem

Stoma möglich. Frau Katharina Fakic bearbeitete ein sehr wichtiges Thema „das Problem des Jejunostomas und die Auswirkungen auf den Alltag des Patienten“. Neben der begrifflichen Aufarbeitung, warum es überhaupt zu einem Jejunostoma kommen kann, stand im Vordergrund die Auswirkungen auf den Elektrolytverlust und die fehlende Wasserresorption. Die Schwierigkeiten bei der Versorgung, wie die Möglichkeiten der medikamentösen Therapie werden ausführlich besprochen.

Den Abschluss der Präsentationen hat dann Frau Carmen Voß mit dem Thema Stoma und Ernährung abgerundet. Ein sehr wichtiges Alltagsthema für jeden Stomapatienten, denn es sind häufig die ersten Fragen nach der Krankheitsbewältigung, die versuchen einen normalen Alltag wiederherzustellen.

Die Abschlusspräsentation wurde in einer freien Rede mit Hand-out oder Präsentation absoviert, die Beurteilung der Teilnehmer wurde auch durch die FgSKW, vertreten durch Frau Margarete Wiczorek, Regensburg, vorgenommen.

Der Kurs 2020/ 21 konnte so, trotz der verschiedenen Schwierigkeiten durch die aktuelle Pandemie, erfolgreich beendet werden und so haben wir wieder 4 neue Spezialistinnen für Stomapflege gewinnen können.

Der nächste Kurs soll im April 2021 starten, Anmeldungen können über das CBG Kassel vorgenommen werden. Die Veranstalter bedanken sich für die Unterstützung bei den AGAPLESION DIAKONIE KLINIKEN Kassel, vertreten durch den Geschäftsführer Herrn Walter, dem CBG, vertreten durch Frau Müller-Wetekam, und bei allen Dozenten des Kurses:

Vom CBG, Frau Elisabeth Soose und Frau Franziska Suljovski, von der Orthopädietechnik Wienhard Kassel, Herr Fidora, von der FgSKW, Herr Werner Droste und als Vertretung Herr Hans-Jürgen Markus und ganz speziell für die Stomatherapie und Praxistage bei Frau Ulrike Krug

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 Ria Günther

Zum Heckeshorn 36

14109 Berlin

Tel.: 030 / 806 86 060

Fax: 030 / 806 86 404

E-Mail: rguenther@wannseeschule.de

www.wannseeschule.de

Mathias Hochschule Rheine

Akademie für Gesundheitsberufe

Frau Elisabeth Tenkleve

Frankenburgstr. 31

48431 Rheine

Tel.: 05971/42 1172

Fax: 05971/42 1116

E-Mail: e.tenkleve@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**

Herr Anton Münster

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



Für Ihre Patienten

- Einzigartiger Urinauslass mit Silikonverschluss
- Kein Resttropfen
- Hautschutz
 - Hohe Urinbeständigkeit
 - Gute Haftung und Formstabilität
- „Flower-shape“ Design passt sich optimal den Hautgegebenheiten an
- Hygienische Anwendung dank hoher Anzahl an Nachtkonnektoren
- Verdrehsicherer Anschluss für den Nacht-/Bettbeutel



Scannen Sie einfach den QR-Code, um weitere Infos über Softima® Uro Silk zu erhalten.

Softima® Uro Silk

Für mehr als nur Transparenz in Ihrer Urostomieversorgung

Schlagkräftige Aufstellung im Homecare-Markt

Mit der neuen Organisation wird
B. Braun zu einem der größten Home-
care-Anbieter in Deutschland.

B. Braun begleitet Patientinnen und Patienten in allen Phasen ihrer Krankheit. Dafür hat das Unternehmen seine Homecare-Organisationen in der B. Braun Gesundheitservice GmbH zusammenggeführt. Damit bietet B. Braun neben der Belieferung von Arztpraxen für den gesamten Homecare-Bereich ein umfangreiches Serviceangebot an. B. Braun wird dadurch zu einem der größten deutschen Anbieter für die Versorgung.

Im Zentrum des Homecare-Geschäftsmodells steht die Versorgung der Patienten mit Stoma, Kontinenzstörungen, chronischen Wunden bzw. im Rahmen von Ernährungstherapien. „Bei allem was wir tun, stehen die Lebensqualität des Einzelnen und sein

Wunsch nach Normalität im Mittelpunkt“, sagt Dr. Thilo Brinkmann, Leiter des Geschäftsbereichs Ambulant & Nephrologie.

Der Trend „ambulant vor stationär“ ist ungebrochen. Viele Patienten werden früh nach Hause entlassen, brauchen aber weiterhin pflegerische Unterstützung. Dafür schafft B. Braun die Rahmenbedingungen und koordiniert noch im Krankenhaus mit seinen Partnern die Versorgung für die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt. Darüber hinaus ermöglicht eine neue digitale Plattform Krankenhäusern, schnell und unkompliziert die Nachsorge, z. B. mit einem Pflegedienst zu organisieren. Mit eigenen Patientenmanagern, die Pflegedienste, Angehörige oder auch die Patienten selbst in die Behandlungspflege einweisen und für benötigte Verbrauchsmaterialien sorgen, erreicht B. Braun für den Patienten die beste Versorgungsqualität. „Wir führen die Therapien leitlinienkonform, wirt-



schaftlich und produktneutral durch“, so Brinkmann.

B. Braun engagiert sich seit mehr als 20 Jahren als Dienstleister in der häuslichen Patientenversorgung. Die B. Braun Gesundheitservice GmbH übernimmt als Dienstleister die häusliche Versorgung für Patienten, die intravenös ernährt werden müssen (ehemals TravaCare GmbH sowie Patienten in der Wund-, Stoma- und Inkontinenzversorgung (ehemals Prolabor). Der Fachhändler Transcare Service aus Neuwied wird in 2022 in die Gesellschaft überführt.

Mehr zur Homecare-Versorgung unter www.bbraun.de/homecare

Frohe Ostern



Wir von der FgSKW e.V. wünschen Ihnen
frohe Feiertage und ein schönes Osterfest.
Auf dass es Ihnen Freude und Zufriedenheit bringe!
Ihre Redaktion der FgSKW e.V.



dansac

Neu und einzigartig:

Die neue App „Stoma-Navi“ von Dansac

Dansac bietet ab sofort Stoma-TrägerInnen und deren Pflegekräfte eine ganz neue Informationsquelle im Stomabereich an, die Info-App „Stoma-Navi“.

Diese App bietet eine umfassende virtuelle Betreuung vor und nach einer Stoma-Operation an. Sie hält zwei unterschiedliche und Passwort geschützte Bereiche vor: Ein Bereich für Stoma-TrägerInnen und ein Bereich für Pflegekräfte.

Stoma-TrägerInnen erhalten alle Informationen rund um das Stoma und die Stoma-Versorgung auf einen Blick. Sie erhalten Einblick über die verschiedenen Stomaarten und nützliche Anleitungsvideos sowie Tipps und Erfahrungsberichte von anderen Stoma-Patienten. Viele wesentliche Informationen stehen intuitiv, schnell, umfassend und immer aktuell zur Verfügung. Das Stoma-Navi hilft Stoma-TrägerInnen auch nach der Entlassung aus der Klinik: Eine gesicherte Chat-Funktion zwischen Stoma-TrägerInnen und der betreuenden Stomapflegekraft ist besonders in Pandemie-Zeiten eine große Erleichterung. Betroffene und Pflegekräfte können so über die App engen Kontakt halten.

Patienten können über die Chat-Funktion auch Fotos versenden, so dass die Pflegekräfte das Stoma schnell beurteilen und eventuell unnötige Wege in die

Klinik oder ein Hausbesuch vermieden werden können. Durch die Übermittlung von Fotos, können sich die Pflegekräfte besser auf die Termine vorbereiten und gezielt Produktmuster und/oder Versorgungsmaterialien vorhalten. Pflegefachkräfte erhalten viele medizinische Illustrationen, die die verschiedenen Stomata erklären und somit viel Unterstützung, um die Patienten noch besser beraten, anleiten und versorgen zu können.

Allen, die an der Nachsorge und Pflege beteiligt sind, stehen diese Informationen zu jeder Zeit bereit. In der App ist außerdem ein "digitaler Stoma-Pass" enthalten, der von PatientInnen für die betreuende Fachkraft freigeschaltet werden kann. Die App kann so auch als Unterstützung der Patientenüberleitung dienen. Sie fördert durch die gemeinsame Nutzung dieser Plattform die Bindung zwischen der Klinik, dem Leistungserbringer und den Betroffenen und kann auch für die Klinik als Mehrwert in Bezug auf die Überleitung genutzt werden.

Alle Dansac Produkte sind übersichtlich dargestellt und können über eine Filterfunktion schnell gefunden werden, Probemuster können direkt bestellt werden.

Das komplette Dansac Wissen zum Thema Stoma steht jetzt PatientInnen, Angehörigen und Pflegekräften in der neuen App direkt und kostenfrei zur Verfügung.

Laden Sie sich jetzt das "Stoma-Navi" aus Ihrem AppStore oder bei Google Play herunter.

Anette Mayr, Markus Wienand, Dansac



Produktübersicht mit Suche und Musterbestellung



Informationen zum Leben mit einem Stoma



Chatfunktion mit Ihrer Pflegekraft

Stoma Navi

... ist die mobile Plattform von **Dansac**, die Ihnen als Stomaträger/in umfangreiche Informationen rund um das Thema **Stoma** bietet.

Dafür stehen Ihnen innerhalb der App unter anderem folgende Inhalte zur Verfügung:

- Deutschsprachige und internationale Informationsbroschüren
- Anleitungs- und Informationsvideos
- Informationen rund um Ihr Leben mit einem Stoma
- Ein elektronischer Stomapass
- Eine umfassende Produktsuche und die Möglichkeit Produktmuster direkt über die App anzufordern
- Eine gesicherte Chatfunktion mit Ihrer Stomapflegekraft, auch für den Austausch von Bildern
- Die Möglichkeit mittels Push Benachrichtigungen über Neuigkeiten informiert zu werden



dansac

© 2020 Dansac GmbH. Das Logo ist Markenzeichen der Dansac A/S.

Darmirrigation als Teilstrategie für ein erfolgreiches Darmmanagement

Der Umgang mit chronischen Darmproblemen ist schwierig genug, ohne dass Ängste und Tabus das Leben der Betroffenen zusätzlich erschweren. Darmerkrankungen sind eine große emotionale Belastung für diejenigen, die darum kämpfen, ihr Selbstvertrauen, ihre Würde und ihren Wunsch nach einem guten Wohlbefinden aufrechtzuerhalten. Die Darmirrigation kann Teil einer erfolgreichen Strategie sein, um Darmfunktionsstörungen zu begegnen und eine effektives Darmmanagement zu unterstützen.

Mehr als nur tägliche Toilettenroutinen

Die Darmirrigation kann mit einer geringen oder großen Wassermenge durchgeführt werden. Die Auswahl der passenden Irrigationslösung kann Betroffenen helfen, die Kontrolle über ihre Darmfunktion und ihr Selbstvertrauen zurück zu erlangen. Um sich in den Alltag einzufügen, sollte die Irrigationslösung auf die individuellen Bedürfnisse der Anwender abgestimmt sein. Mit der breiten Palette an modernen Irrigationslösungen mit geringer und großer Wassermenge von Qufora stehen Verordnern und Versorgern Produkte für die individuelle Unterstützung ihrer Patienten zur Verfügung. Von der Irrigation mit geringer Wassermenge haben bereits viele Anwender profitiert - seit 2011 wurden mit Qufora® IrriSedo Mini

über 2,6 Millionen Irrigationen durchgeführt¹.

Wann wird mit der Irrigation mit geringer Wassermenge begonnen?

Es hängt von der individuellen Situation ab, zu welchem Zeitpunkt die Irrigation mit geringer Wassermenge initiiert wird. In der Regel wird diese als Ergänzung bestehender konservativer Maßnahmen wie einer Ernährungsumstellung oder der Gabe von Abführmitteln gewählt, wenn diese allein nicht den erwünschten Erfolg zeigen. Die Irrigation mit geringer Wassermenge kann eine wirkungsvolle Strategie im Rahmen der Darmmanagementroutine sein und beispielsweise zu einer Reduzierung der Medikation führen.

Darmbedingungen geeignet für die Irrigation mit geringer Wassermenge Die Leitlinie² der Expertengruppe für Darmirrigation empfiehlt die Irrigation mit geringer Wassermenge bei:

- Stuhlinkontinenz
- Stuhlschmierer
- Rektozele
- Unvollständiger Darmentleerung
- Entleerungsstörungen
- Tiefem anterioren Resektionssyndrom (LARS)

Die Leitlinie soll Angehörige der Gesundheitsberufe bei der Einweisung der Darmirrigation unterstützen, um die bestmögliche Versorgung jedes einzelnen Patienten zu ermöglichen.

Qufora® IrriSedo MiniGo - Entwickelt für das, worauf es ankommt!

Die Irrigation mit IrriSedo MiniGo ist eine effektive Lösung für das Darmmanagement. Bereits eine geringe Wassermenge kann helfen, das Rektum vollständig zu entleeren. Neben einem diskreten Design trägt die simple Handhabung von MiniGo dazu bei, die Irrigation zu vereinfachen. MiniGo ist klein und diskret und weitestgehend intuitiv zu bedienen.

„Die Irrigation hat nicht nur körperliche Auswirkungen, sie hat mein Leben in vielerlei Hinsicht verändert. Was ich nicht erwartet oder worüber ich gar nicht nachgedacht hatte, war die Verbesserung meiner mentalen Gesundheit und meines emotionalen Wohlbefindens. Ich begann mich wieder gut zu fühlen nach vielen Jahren, in denen ich dieses Gefühl nicht mehr gekannt hatte. Meine Familie bemerkte die positive Veränderung. Der Ehemann, der Vater und der Großvater kam zurück ins Leben.“

Tony, Anwender der Irrigation mit geringer Wassermenge mit Qufora IrriSedo Mini

Quellen:

1: Qufora A/S-Marktdaten, 2020, Daten in der Datei.

2: Emmanuel A et al. "Entwicklung eines Entscheidungsleitfadens für die transanale Spülung bei Darmerkrankungen" *Gastrointestinal Nursing Band 17 Nr. 7, September 2018*



Die nächste Ausgabe Ihrer

MagSi® Magazin

Stoma · Kontinenz · Wunde

erscheint im August 2021

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 3995
E-Mail: info@fgskw.org
Internet: www.fgskw.org
ISSN 1863-1975

Erscheinungsmonate

April, August, Dezember
Redaktionsschluss
1. Februar, 1. Juni, 1. Oktober
Anzeigen- und Beilagenschluss
10. März, 10. Juli, 10. November
Schaufensterbeiträge fallen unter
den Redaktionsschluss

Redaktion + Autorenbeiträge

Brigitte Lindholz
Ziegelstraße 42, 73084 Salach
Fax: (07162)46 0456
E-Mail: brigitte.sachsenmaier@pflegeexperten-wissen.de

Gestaltung

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

Druck

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

Anzeigenverwaltung,

Verkauf und Versand

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 3995
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 Abonennten-Versand zusätzlich
durchgeführter zielgruppenorientierter
Wechselversand bundesweit oder gezielt re-
gional 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.



Einzigartige Hautschutzformel

und flexible Passform:

für mehr Lebensqualität – mit CeraPlus.

Die CeraPlus Hautschutzplatte mit Ceramiden

- innovative Hautschutzformel mit Remois-Technologie*
- passt sich jeder Körperform an
- kann eine gesunde Haut rund um Ihr Stoma unterstützen

Gleich kennenlernen: Bestellen Sie jetzt Ihr kostenloses Testprodukt telefonisch unter **0800 1015023** (gebührenfrei) oder auf **www.hollister.de/ceraplus**



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. © 2021 Hollister Incorporated.



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

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

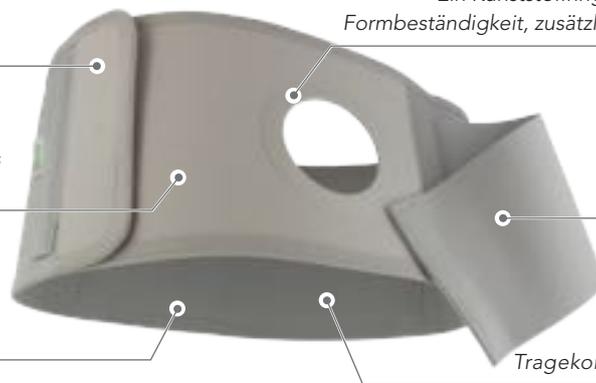
Dünne Bandagen-Vorderseite aus Velours für ein angenehm leichtes Tragegefühl

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:

