

Das Thema

Stomamarkierung – mehr als nur ein Punkt!

Hernienprävention durch Übungen der Bauchund Rumpfmuskulatur

€ 5,30 · ISSN 1863-1975



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.sensuramiokonkav.coloplast.de.



SenSura[®]**Mio** Concave



DAS THEMA		Stomamarkierung – mehr als nur ein Punkt!
	16	Parastomale Hernienprävention durch Übungen
		der Bauch- und Rumpfmuskulatur
	28	Unsere Haut
	31	Kann die Nutzung Hydrophil beschichteter
		gebrauchsfertiger Einmalkatheter unter Geburt
		eine Vereinfachung bringen?
	36	Stomachirurgie bei Colitis ulcerosa
FACHGESELLSCHAFT AKTUELL	42	Termine/Kongresse
	43	Kooperationspartner/Mitgliedsverbände
BUCH-TIPP	44	Buchvorstellung
IMPRESSUM	46	Impressum/Vorschau nächste Ausgabe

Ausblick

■iebe Leserinnen und Leser,

die Zeiten sind gerade auch für die Pflegeberufe nicht sehr einfach ... Die Auswirkungen der Corona-Pandemie, der eh schon bestehende "Pflegenotstand" ... Gerade heute Morgen habe ich gelesen, dass die Abwanderung aus den Intensivstationen auf 5 % geschätzt wird und auch die Hoffnung auf Menschen aus dem Ausland, die bei uns arbeiten möchten, zerschlägt sich, da mehr deutsche Pflegekräfte mittlerweile im nahen Ausland arbeiten, als Pflegekräfte aus dem Ausland zu uns kommen.

Und trotzdem erlebe ich so viele hoch motivierte Pflegekräfte bei meinen Fortbildungen und meiner Arbeit und manchmal frage ich mich, woher wir Pflegenden diese Kraft nehmen.
Vielleicht ist die Antwort ganz einfach. Es ist ein schöner Beruf, der viel geben kann, in dem ich mich verwirklichen kann, der abwechslungsreich ist und der geprägt ist von der Nähe und Liebe zu unseren Mitmenschen.
Wir von der Redaktion der MagSi® wünschen Ihnen einen wunderschönen Sommer und eine schöne Auszeit

nen Sommer und eine schöne Auszei im Urlaub, wo sie hoffentlich neue Kraft schöpfen können für den anstrengenden Alltag.

Ihr Redaktionsteam



3

Inhalt MagSi[®] Nr. 89 · 08/2022

Stomamarkierung – mehr als nur ein



Vorwort

ie präoperative Stomamarkierung hat mein besonderes Interesse geweckt, da diese an sich ärztliche Tätigkeit eine Herausforderung darstellt, will man sie korrekt und erfolgreich durchführen. Es gibt zwar klare Vorgaben zur Vorgehensweise und Regeln zur Durchführung, aber zusätzlich sind viele Aspekte individuell zu beachten und erfordern eine patientengerechte Umsetzung.

In verschiedenen Studien zur präoperativen Stomamarkierung vor einer geplanten Stomaanlage wurde das "Outcome" des Patienten nach erfolgter Operation besser beschrieben als ohne durchgeführte präoperative

Stomamarkierung. Gewiss sind auch weitere Punkte in der Vorbereitung betroffener Patienten von Bedeutung, doch eine gut durchgeführte Markierung im Zusammenhang mit dem präoperativen Gespräch bildet eine wichtige Grundlage für den postoperativen Verlauf.

Mich beschäftigte zunächst die Frage, wie viel Bedeutung der präoperativen Stomamarkierung zur Vermeidung von Stomafehllagen beigemessen werden kann. Bei meinen Recherchen und nachdem ich mich intensiver mit der Thematik beschäftigt hatte, kam ich zu dem Ergebnis, dass wesentlich mehr Faktoren eine Auswirkung auf das Ergebnis einer Stomaanlage haben, als nur die Technik zur Durchfüh-

rung der präoperativen Markierung selbst.

1. Einleitung

Zu Beginn dieser Arbeit wird zunächst eine Einführung und ein Überblick zu den Begrifflichkeiten der verschiedenen Stomaarten sowie deren übliche Position an der Bauchdecke und möglichen Indikationen für Stomaanlagen gegeben. Im Anschluss daran werden die Maßnahmen in der präoperativen Phase vor Stomaanlagen, das präoperative Gespräch und die Durchführung der präoperativen Stomamarkierung nach individuellen Gesichtspunkten behandelt. Dabei liegt das besondere Augenmerk auf den Empfehlungen, nach denen gehandelt werden soll, bzw. welche Oualitätskriterien es in

dieser Phase zu beachten gibt. Zusätzlich soll eine kompakte Umfrage innerhalb des Kurses "Stoma '19" am Diakonischen Institut in Dornstadt Aufschluss zur Handhabung der präoperativen Stomamarkierung am Arbeitsplatz der Kurskollegen geben.

Die Anlage eines Stomas bedeutet für die Betroffenen eine große Veränderung ihres Körpers und ihrer Lebensgewohnheiten. Der Kontrollverlust über die Ausscheidungen und die Angst vor unangenehmen Gerüchen oder Geräuschen verunsichern die Betroffenen massiv. Der Umgang mit diesen Problemen erfordert viel Einfühlungsvermögen von den Pflegeexperten SKW. Ein Stoma hat Auswirkungen auf alle Lebensbereiche und ebenso breit muss das Angebot der Unterstützung und Beratungsthemen sein. Die erforderliche Wissensvermittlung kann vorab schon mit dem präoperativen Gespräch angebahnt werden, um die Betroffenen gut auf die neue Situation vorzubereiten. Eine Indikation für eine Stomaanlage kann vom Säugling bis zum Senioren alle Altersklassen betreffen. Sie kann sowohl als geplanter Eingriff als auch bei Notfalleingriffen notwendig werden. Eine bestmögliche Vorbereitung und fachgerechte Betreuung in der präoperativen Phase vor einer Stomaanlage sind sehr wichtig. Die präoperative Phase erstreckt sich über einen kurzen, oft eng getakteten Zeitraum für die Betroffenen, in dem wichtige Dinge und Veränderungen geschehen. Die präoperative Stomamarkierung gehört zu einem der Schritte in dieser Phase und ist von entscheidender Bedeutung. Es ist eine sehr verantwortungsvolle Tätigkeit, die viel Wissen und Erfahrung erfordert. Viele haben sich bereits mit diesem Thema beschäftigt. In der Fachliteratur finden sich zahlreiche Hinweise, dass die präoperative Stomamarkierung eines der wichtigsten Instrumente zur Vermeidung von Komplikationen ist. Die Lage des Stomas hat Auswirkungen auf die spätere Versorgbarkeit mit Hilfsmitteln und die Selbstständigkeit der Betroffenen. Deshalb ist es wichtig sich an vorliegenden Empfehlungen und Handlungsanweisungen zur präoperativen Stomamarkierung zu orientieren, bzw. diese am eigenen Arbeitsplatz umzusetzen. Das oberste Ziel muss sein, dass Patienten auch

mit einem Stoma weiterhin ein selbstbestimmtes Leben mit Lebensqualität führen können.

Was hilft ein chirurgisch einwandfrei angelegtes Stoma, das aufgrund nicht beachteter Richtlinien bei der Markierung oder einer nicht stattgefundenen Markierung an einer ungünstigen Stelle liegt und der Betroffene dadurch große Einschränkungen erfährt. Die Umstände, die Einfluss auf die präoperative Stomamarkierung nehmen und dadurch entstehende Einschränkungen sollen hier herausgearbeitet und genauer betrachtet werden.

Die zentralen Fragen, die es in dieser Arbeit zu beantworten gilt, lauten daher:

- Wie kann der präoperative Prozess vor Stomaanlagen durch den Pflegeexperten SKW optimiert werden?
- Welche präoperativen Maßnahmen sind maßgeblich an einer gelungenen Rehabilitation der Betroffenen beteiligt?
- Welche Faktoren beeinflussen die präoperative Stomamarkierung?

Das Ziel dieser Arbeit ist es, die Grundlagen für die Entwicklung eines präoperativen Standards mit Schwerpunkt präoperative Stomamarkierung für den eigenen Arbeitsplatz herauszuarbeiten.

1.1. Temporäre oder Permanente Stomaanlage

Je nach Indikation wird das Stoma temporär oder permanent angelegt. Temporäre Stomata können nach einer bestimmten Zeit, der Abheilungsphase, wieder zurückverlegt werden. Im Gegensatz dazu werden permanente Stomata als dauerhafte Lösung z. B. nach einer Rektumextirpation endgültig angelegt.

2. Indikationen für Stomaanlagen

2.1. Gründe für Enterostomata

Die Gründe für die Anlage eines Stomas sind mannigfaltig. Es wird notwendig, wenn die normale Stuhlpassage nicht mehr möglich ist.
Oder wenn ein Darmabschnitt zur besseren Abheilung und Schonung ruhiggestellt werden muss. Es kann zum Schutz von Anastomosen bzw. wenn Darmabschnitte komplett

entfernt werden müssen angelegt werden.

2.1.1. Mögliche Ursachen bei Erwachsenen und Jugendlichen

- Tumorerkrankungen des Darmes
- Darmverschluss (Ileus)
- Verletzungen des Darmes/ Schließmuskels, z. B. Pfählungsverletzungen, Geburtstraumen, iatrogene Traumen
- Chronisch entzündliche Darmerkrankungen, wie Morbus Crohn und Colitis ulcerosa
- Durchblutungsstörungen des Darmes, z. B. Mesenterialinfarkt
- Strahlenschäden, Strahlenkolitis
- familiäre Polyposis
- Inkontinenz
- Abszesse
- Fistelleiden
- Darmperforation, z. B bei Divertikulitis

2.1.2. Mögliche Ursachen bei Frühgeborenen, Säuglingen und Kleinkindern

- angeborene Fehlbildungen wie Analatresien, Atresien, Stenosen
- Mekoniumileus/lleus
- Nekrotisierende Enterokolitis (NEC)
- Volvulus
- Morbus Hirschsprung
- Darmverletzungen
- selten Tumorerkrankungen des Darmes

2.2. Gründe für Urostomata

Die Gründe liegen hier bei verschiedenen Erkrankungen des Urogenitaltraktes und bei Funktionsstörungen der Harnblase. Sollte die Harnblase aufgrund verschiedener Erkrankungen komplett oder müssen harnableitende Strukturen entfernt werden, erfordert das eine künstliche Ableitung des Urins. Es gibt inkontinente und kontinente Harnableitungen.

2.2.1. Inkontinente Harnableitungen

Die hier aufgeführten inkontinenten Harnableitungen, haben den Wegfall der willkürlichen Kontrolle der Ausscheidung zur Folge.

- Nierenfistel
- suprapubischer Katheter
- Ileum- oder Colon-Conduit
- Ureterokutaneostomie
- Transuretero-Ureterokutaneostomie (TUUC)

2.2.2. Kontinente Harnableitungen Zur Schaffung eines Blasenersatzes

Das Thema Mag Si Nr. 89 · 08/2022

und gleichzeitiger Erhaltung der Kontinenz kommen folgende Harnableitungen in Frage:

- verschiedene Pouch-Arten (katheterisierbar)
- Neoblase
- transrektale Harnableitung

2.2.3. Mögliche Erkranku ngen des harnableitenden Systems

- angeborene Fehlbildungen
- Verletzungen
- Blasenkarzinome
- Neurogene Blase
- Genitalkarzinom
- Karzinome im kleinen Becken.
- Schäden nach Bestrahlung, z. B. Strahlenzystitis, Schrumpfblase, radiogene Fisteln
- Schädigung des Schließmuskels

3. Lokalisation der verschiedenen Stomaanlagen

Die Lokalisation des Stomas richtet sich nach der vorliegenden Erkrankung, der geplanten Behandlung, der anatomischen Lage des Darmes und der Anordnung des behandelnden Arztes. Abweichungen von der Norm sind jedoch möglich, da sich manchmal erst intraoperativ zeigt, ob die geplante Stomaanlage an der dafür üblichen Stelle angelegt werden kann. Sollte noch unklar sein, welche Position für das Stoma in Frage

kommt, ist es wichtig mehrere alternative Markierungspunkte anzuzeichnen.

3.1. Position an der Bauchdecke – Lage von Enterostomata

3.1.1. Im Dünndarm

- Jejunostomie: Anlage im rechten Ober- oder Unterbauch
- Ileostomie: Anlage im rechten Unterbauch
- Ileostomie bei Pouchanlage: evtl.
 Anlage im linken Unterbauch

3.1.2. Im Dickdarm

- Zökostomie: Anlage im rechten Unterbauch (selten)
- Transversostomie: Anlage im rechten oder linken Oberbauch
- Descendostomie: Anlage im linken Unterbauch
- Sigmoidostomie: Anlage im linken Unterbauch

3.2. Position an der Bauchdecke – Lage von Urostomata

Bei Urostomata sollte die Markierung zur Refluxprophylaxe unterhalb des Nierenniveaus liegen.

- Ileum-Conduit: Anlage im rechten Unterbauch
- Colon-Conduit: Anlage im linken Unterbauch
- Ureterokutaneostomie und Transuretero-Ureterokutaneostomie:

Anlage im rechten oder linken Ober- oder Unterbauch, abhängig von der Länge der Harnleiter

4. Ablauf der präoperativen Stomamarkierung in der präoperativen Phase mit präoperativem Gespräch

4.1. Ärztliche Aufklärung des Patienten

Der Patient muss im vollen Umfang zur geplanten Operation und der möglichen Anlage eines Stomas durch den Arzt präoperativ aufgeklärt werden. Der Arzt sollte eine verständliche Wortwahl zur Aufklärung auswählen. Die Erwartungen des Patienten und ob diese erfüllt werden können, müssen ebenfalls geklärt werden. Der Sinn einer geplanten Stomaanlage aufgrund der vorliegenden Erkrankung sollte verstanden und als notwendig gewertet werden. Dadurch erhöht sich die Akzeptanz des Betroffenen für die erforderlichen Maßnahmen.

4.2. Delegation der Stomamarkierung

Die präoperative Stomamarkierung ist eine ärztliche Tätigkeit und liegt grundsätzlich in der Verantwortung des Arztes. Diese Tätigkeit kann aber

3ild: AdobeStock © ribkhan



an einen Pflegeexperten SKW oder eine Pflegefachkraft mit dem dazu nötigen Wissen und entsprechender Erfahrung delegiert werden. Von dieser Fähigkeit muss sich der Arzt persönlich überzeugen.

Mit der Übernahme der Tätigkeit, übernimmt der Ausführende die Verantwortung für die korrekte Durchführung, nach den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und Standards.

Generell ist es wünschenswert, dass die beiden Berufsgruppen eng miteinander arbeiten und sich abstimmen. Insbesondere bei schwierigen Markierungen können das Wissen und die unterschiedlichen Schwerpunkte von Arzt und Pflegeexperte eine wertvolle Rolle spielen und für den Betroffenen zu einer Optimierung des Ergebnisses führen.

4.3. Anordnung der Stomamarkierung

Die Anordnung sollte in schriftlicher Form vorliegen und Informationen zu Patient, geplanter Operation und voraussichtlicher Stomaart enthalten. Sollte es im Verlauf der Markierung, z. B. aufgrund ungewöhnlicher anatomischer Gegebenheiten zu Problemen kommen oder zu einer Abweichung von der ärztlichen Anordnung, ist der behandelnde Arzt umgehend zu informieren bzw. dazu zu rufen.

4.4. Zeitpunkt der Stomamarkierung

Die Stomamarkierung findet nach der Aufklärung durch den Arzt statt. Idealerweise mindestens 24 Stunden vor der geplanten Operation und bestenfalls vor notwendigen Abführmaßnahmen.

4.5. Ziel der präoperativen Stomamarkierung

Die Markierung des für den Betroffenen optimalen Bereiches der Stomaanlage erfolgt unter Berücksichtigung von anatomischen Gegebenheiten, der geplanten Operation und von individuellen Gesichtspunkten.

Außerdem zur Vermeidung von Komplikationen und zur Erleichterung der Selbstversorgung.

4.6. Informationssammlung zum Patienten

Diese Maßnahme bildet eine Voraussetzung für das Gespräch mit dem Patienten. Die daraus folgende Beratung des Patienten ermöglicht im Anschluss die Einleitung weiterer Schritte im Behandlungsverlauf. Folgende Informationen sind dabei relevant:

- Informationen aus Arztanordnung sowie besprochene Inhalte des Aufklärungsgespräches
- Informationen von betreuenden Kollegen
- Durchsicht der Patientenakte, Befunde etc.
- Gespräch mit dem Betroffenen und ggf. Angehörigen, ggf. Betreuer
- Ermittlung und Einschätzung von Ressourcen und Defiziten, vorhandenen Einschränkungen

4.7. Vorbereitung des benötigten Materials

- wasserfester Markierungsstift
- wasserfeste transparente Folienpflaster
- Fotoapparat zur Fotodokumentation
- Anschauungs- und Informationsmaterial, z. B. verschiedene Stoma-Versorgungsprodukte (Basisplatte, Stomabeutel), Einteilige und Zweiteilige Systeme, Ratgeber, Schautafeln, Bildanleitungen, Modelle etc.

4.8. Theoretischer Teil – Präoperatives Gespräch

4.8.1. Präoperatives Gespräch bei Erwachsenen

Das präoperative Gespräch ist in den meisten Fällen die erste Kontaktaufnahme des Pflegeexperten SKW mit dem Patienten. Es bildet die Basis für den Aufbau einer Beziehung und einer vertrauensvollen Zusammenarbeit mit dem Betroffenen und seinen Angehörigen. Dies ist für den weiteren Behandlungsverlauf entscheidend.

4.9. Praktischer Teil – Durchführung der Markierung

4.9.1. Präoperative Markierung bei Erwachsenen

Der Betroffene wird über Sinn und Zweck der präoperativen Stomamar-kierung aufgeklärt. Die aktive Mitarbeit des Patienten ist zielführend und wünschenswert. Dabei sollte sich der Patient entspannen, seine übliche Körperhaltung einnehmen und nicht den Bauch einziehen.

Die voraussichtlichen Markierungspunkte werden im Sitzen, Stehen,

gebeugter Haltung und Liegen gesetzt und überprüft. Im Liegen zeigt sich oft ein glatter Bauch, während in den anderen Positionen Hautfalten und Unebenheiten sichtbar werden. Der Patient muss die Markierungen sehen können, da sonst eine spätere Selbstversorgung kaum möglich sein wird. Dazu kann es sinnvoll sein, dass der Patient aufgefordert wird, auf den Markierungspunkt zu zeigen. Die Kleidungsgewohnheiten werden erfragt und beachtet. Dabei geht es in erster Linie um die Höhe des Rock -/Hosenbundes. Die Markierung soll ca. 5 cm ober- bzw. unterhalb des Bundes erfolgen. Folgende anatomische Gegebenheiten müssen berücksichtigt werden: Die Markierung sollte mit ausreichendem Abstand, ca. 3 cm bis 5 cm zu Rippenbogen und Beckenkamm liegen. Außerdem muss auf Falten, Nabel, Narben, Muttermale, Genitalien und Leiste geachtet werden. Auch hier muss genügend Abstand eingehalten werden. Um einen besseren Überblick zu erhalten, können Bauchfalten und die knöchernen Vorsprünge mit einem Stift farblich hervorgehoben werden. Nach Möglichkeit sollte die Markierungsstelle in einem Bereich von 10 cm x 10 cm glatter Hautfläche liegen, um eine sichere Haftung der Versorgung zu erreichen. Dazu kann eine Basisplatte in dieser Größe als Schablone verwendet werden. Des Weiteren ist es wichtig mit genügend Abstand zur voraussichtlichen Schnittführung des Operateurs zu markieren (vorherige Absprache). Die Gefahr der Verunreinigung der OP-Wunde mit Ausscheidungen kann so minimiert werden. Darüber hinaus sind bessere Haftungsbedingungen für die Stomaversorgung gegeben. Die Markierungen sollen innerhalb des Musculus rectus abdominis liegen, um dem ausgeleiteten Darmabschnitt einen "gewissen Halt" zu geben. Das dient auch zur Vermeidung von parastomalen Hernien. Die korrekte Position kann über das aktive Anspannen der Bauchmuskulatur überprüft werden, was dann eine Markierung innerhalb des Musculus rectus abdominis ermöglicht. Bei bereits durchgeführten Bestrahlungen oder noch anstehender strahlentherapeutischer Behandlung, muss darauf geachtet werden, dass die Markierung nicht im Bestrahlungsbereich liegt.

Das Thema MagSi[®] Nr. 89 · 08/2022 7

Bei allen Vorgaben für die Markierungen sollten auch die Wünsche des Patienten berücksichtigt werden. Dies kann per Gewichtung der Markierungspunkte, z. B. mit Beschriftung 1 = bevorzugt oder 2 = 2. Wahl erfolgen. Der Operateur berücksichtigt dies nach Absprache und wenn es vom Operationsverlauf möglich sein sollte. Die festgelegten Markierungspunkte werden mit einem wasserfesten Stift angezeichnet und anschließend mit wasserdichten Folienpflastern abgedeckt. Dadurch hat der Patient noch Gelegenheit vor der Operation zu duschen, ohne die Markierung abzuwaschen. Auch Schwitzen und die Reibung der Kleidung stellen dann kein Problem dar. Wenn die geplante Operation aus diversen Gründen verschoben werden muss, sollte regelmäßig überprüft werden, ob die Markierungen noch gut sichtbar sind. Der behandelnde Arzt ist bei der Abweichung vom Standard der üblichen Markierungspunkte sowie bei Schwierigkeiten umgehend zu informieren oder dazu zu rufen.

4.9.2. Präoperative Markierung bei Säuglingen, Kindern und Jugendlichen

Die Markierung des Stomas erfolgt nach der Aufklärung der Eltern und des Kindes/Jugendlichen durch den Arzt. Die Kriterien der Durchführung der präoperativen Markierung bei Kindern und Jugendlichen unterscheiden sich im Wesentlichen nicht vom Vorgehen bei den Erwachsenen. Sie erfolgt im Sitzen, Stehen, Liegen und gebeugter Haltung. Bei Kleinkindern finden sich vermehrt Bauchfalten im Sitzen, die bei der Markierung beachtet werden müssen, da sich die Stomaplatten im Bereich von Hautfalten leichter lösen und das wiederum zu Versorgungsproblemen führen kann. Ältere Kinder und Jugendliche sollten aktiv mitarbeiten und so helfen, eine optimale Stelle zu finden. Es werden nach Möglichkeit die Kleidungsgewohnheiten berücksichtigt. Bei Frühgeborenen und Säuglingen wird nur im Liegen und häufig erst intraoperativ markiert. Aufgrund der beengten Platzverhältnisse der Bauchdecke gestaltet sich die Markierung jedoch sehr schwierig und anspruchsvoll. Oftmals sind auch mehrere Ausleitungen des Darmes notwendig. Die Position des Stomas richtet sich bei Kindern in erster Linie nach der anatomischen

Lage des Darmabschnittes, der ausgeleitet werden muss. Es ist auf einen ausreichenden Abstand zur Schnittführung des Chirurgen sowie zum Rippenbogen und zum Beckenkamm zu achten. Generell ist es ratsam, die Markierung gemeinsam mit dem Chirurgen durchzuführen. Da es sich bei Frühgeborenen und Säuglingen häufig um Notfalloperationen handelt, wird hier teilweise auch komplett auf die präoperative Markierung verzichtet und diese erst im OP vorgenommen.

4.10. Dokumentation

Die Dokumentation ist eine unerlässliche Pflicht und sollte unmittelbar nach den durchgeführten Maßnahmen erfolgen. Nur was dokumentiert wurde, kann als erledigt eingestuft werden und ist ein rechtssicherer Nachweis der durchgeführten Tätigkeit. Sie sorgt für Transparenz und wirkt unterstützend in der Kommunikation zwischen den Berufsgruppen, durch die sichtbare Erfassung der geleisteten Tätigkeiten. In einem geeigneten Dokumentationsbogen (in Papierform oder EDV-gestützt) sollte die Lage der Markierungspunkte beschrieben und auch an einer übersichtlichen Grafik des Abdomens eingezeichnet werden. Dazu bietet sich, z. B. eine eigens für die Stomatherapie erstellte Dokumentation an, in der die Inhalte des präoperativen Gespräches, die gesammelten Informationen und darüber hinaus eine Beurteilung der Ressourcen und Fähigkeiten der Betroffenen festgehalten werden.

4.11. Fotodokumentation

Unterstützend kann eine Fotodokumentation der präoperativen Stomamarkierung angefertigt werden. Hierbei gibt es einige wichtige Punkte zu beachten:

- Vorliegende Einverständnis des Patienten zur Fotografie
- Information des Patienten über den Zweck der Fotografie
- Vorbereitung des Patienten zur Zuordnung des Fotos: Einmalpapierlineal mit Patientenname, Datum und Handzeichen beschriften, im Aufnahmebereich anbringen
- Berücksichtigung und Wahrung der Intimsphäre der Betroffenen
- Fotos der Markierung im Sitzen, Stehen und Liegen anfertigen,

- dabei unbedingt auf vollständige Ansicht des Bauches (vom Rippenbogen bis oberhalb der Symphyse) achten
- Geeignete Umgebungsverhältnisse schaffen: neutraler Hintergrund, Lichtverhältnisse prüfen und ggf. anpassen
- Kameraeinstellung passend auswählen
- Speicherung und Archivierung des Bildes nach den Vorgaben des Arbeitgebers, unter Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften

5. Stomafehllage

Zur Vermeidung von Stomafehllagen kann die korrekte Durchführung der präoperativen Stomamarkierung eine Hilfe sein. Die weiteren Ursachen für die Entstehung dieser Komplikation können vielschichtig sein und werden hier nicht weiter behandelt. Von einer Stomafehllage wird gesprochen, wenn das Stoma an einer ungünstigen Stelle oder im Hautniveau der Bauchdecke angelegt wurde. Der Betroffene kann es nicht sehen, kann es evtl. nicht erreichen, da es in Bauchfalten, zu nahe an knöchernen Vorsprüngen, der Operationswunde oder am Nabel liegt. Dadurch kann es zu Versorgungsproblemen kommen.

Die Folgen können häufig undichte Versorgungen und damit erhöhte Wechselintervalle sein. Dies wiederum begünstigt die Entstehung von parastomalen Hautentzündungen, die für den Betroffenen schmerzhaft, unangenehm sind und zu psychischen Belastungen führen können. Bei Stomafehllagen werden mehr Material und zusätzliche Hilfsmittel zur Versorgung benötigt. Das erfordert eine weitere professionelle Unterstützung und Betreuung durch Dritte. Die dadurch entstehenden Kosten sind eine zusätzliche Belastung für die Betroffenen. Unter Umständen kann eine Stomafehllage, die sich stark negativ auswirkt, eine Indikation für eine Neuanlage des Stomas sein.

6. Patienten-unabhängige Faktoren bei der präoperativen Stomamarkierung

Es gibt Faktoren, auf die der Patient keinen Einfluss nehmen kann, da sie verschiedene andere Ursachen haben. Die Idee zur Einteilung in Patientenunabhängige und Patienten-abhängige Faktoren, kam durch die Lektüre

MaqSi[®] Nr. 89 · 08/2022 Aktuell

des Kapitels Stomakomplikationen von Ambe, in Chirurgie des intestinalen Stomas. Ambe beschäftigt sich dort allerdings mit den Patienten-unabhängigen und Patienten-abhängigen Risikofaktoren, die Auswirkungen auf eine Stomaanlage haben können.

6.1. Fehlerhafte oder nicht erfolgte Durchführung der Markierung und mögliche Folgen

6.1.1. Fehlender Sichtkontakt Der Patient kann das Stoma nicht oder nur schwer sehen. Dadurch kommt es zu erheblichen Einschränkungen bei der Selbstversorgung. Zukünftig ist unter Umständen zusätzliche Hilfe zur Versorgung notwendig. Dies führt zu einer Abhängigkeit von Dritten und somit zu einem Verlust der Eigenständigkeit. Im Einzelfall kann ein Spiegel helfen, das Stoma zu sehen. Das erfordert allerdings einiges an Übung und Koordination. Es kann auch eine andere, z. B. sitzende Position zur Stomaversorgung ausprobiert werden. Es müssen auf jeden Fall alle Möglichkeiten zum Erhalt der selbstständigen

Versorgung ausgeschöpft werden. 6.1.2. Fehlende Abstände zu knöchernen Vorsprüngen

Die erforderlichen Abstände zu Rippenbogen und Beckenkamm wurden nicht eingehalten. Es kommt zu Problemen bei der Versorgungshaftung, besonders bei Bewegung und Aktivität des Patienten. Die Versorgung kann von der Bauchdecke "abgehebelt" werden und es kommt folglich zu Undichtigkeiten. Das hat möglicherweise Hautschäden der parastomalen Haut zur Folge. Je ausgeprägter der Hautschaden, desto schwieriger wird es, eine gute Haftung der folgenden Versorgungen zu erreichen.

6.1.3. Missachtung von Bauchfalten Die Anlage des Stomas in einer Bauchfalte führt zu massiven Problemen bei der Versorgung. Die Gefahr der Unterwanderung der Produkte durch die Ausscheidungen und daraus mangelnde Haftung der Versorgungsprodukte führen zu einer starken Belastung und Verunsicherung bei den Betroffenen. Häufige Wechsel der Versorgung und die Unterwanderung der Produkte führen zu Hautschäden. Unter Umständen muss die Lage des Stomas noch einmal operativ korrigiert werden, um die Versorgungsqualität zu verbessern.

6.1.4. Missachtung von Narben, Muttermalen und mangeln der Abstand zur Operationsnaht

Wurde hier kein ausreichender Abstand gewählt, besteht das Risiko der verminderten Haftung der Versorgungsprodukte. Es kommt folglich zu Undichtigkeiten und möglichen Hautkomplikationen. Teilweise kann hier durch den Einsatz von zusätzlichen Produkten, wie Modellierstreifen, Stomapaste oder Hautschutzringen Abhilfe geschaffen werden. Dies bedeutet auch wieder einen erhöhten Aufwand für den Patienten und möglicherweise zusätzlichem Unterstützungsbedarf durch Dritte.

6.1.5. Fehlende Kontrolle der Stomamarkierung im Sitzen, Stehen, gebeugter Haltung und Liegen

Die Veränderungen der anatomischen Gegebenheiten müssen unbedingt in den verschiedenen Positionen überprüft werden. Geschieht dies nicht, ist das Risiko einer künftigen Stomafehllage gegeben. Der Patient muss die Markierungen auch in den verschiedenen Positionen sehen können, da sonst eine Selbstversorgung erschwert oder unter Umständen nicht gewährleistet ist.

6.1.6. Lage der Markierung, außerhalb des Musculus rectus abdominis

Der Musculus rectus abdominis hat die Funktion den ausgeleiteten Darm in seiner Position zu halten. Dies entfällt, wenn diese Position bei der Markierung nicht bedacht wurde. Die Gefahr der Ausbildung einer parastomalen Hernie ist dadurch erhöht.

6.1.7. Markierungsstelle über dem Genitalbereich

Sollte das Stoma aufgrund einer fehlerhaften oder nicht erfolgten Markierung über der Symphyse angelegt worden sein, kann unter Umständen die Haftung der Versorgung beeinträchtigt werden. Durch die Bewegung und Aktivität der Betroffenen besteht eine erhöhte Ablösungsgefahr der Versorgungsprodukte in diesem Bereich. Die Stomaversorgung liegt eventuell direkt auf den Genitalien auf.

Der Stomabeutel kann scheuern und die Entstehung eines Intertrigo begünstigen. Dieser Zustand ist für den Patienten äußerst unangenehm. Auch Einschränkungen bei der Kleiderauswahl sind möglich, da nicht genügend Platz zum "Verstauen" der Versorgung vorhanden ist. In intimen Situationen lässt sich die Versorgung kaum kaschieren und stellt im Einzelfall ein Hindernis dar.

6.1.8. Ungenügend große Hautfläche zur Verfügung

Eine glatte parastomale Hautfläche erleichtert die Versorgung des Stomas erheblich. Die Auswirkung auf die Haftung der Produkte ist enorm. Zur Größe der Hautfläche gibt es unterschiedliche Angaben. Die Empfehlungen gehen von 5 cm x 5 cm bis 10 cm x 10 cm. Wurde die Größe der Hautfläche bei der Markierung nicht beachtet, können zusätzliche Versorgungsprodukte (Stomapaste, Hautschutzringe, Modellierstreifen) nötig werden, um die Versorgung abzudichten. Die Wechselintervalle und somit auch der Materialverbrauch können sich erhöhen.

6.2. Mangelhaftes Zeitmanagement, Organisations - und Kommunikationsdefizite

6.2.1. Anforderung und Information der Stomatherapie

Es passiert häufig im Klinikalltag, dass notwendige Maßnahmen vor einer geplanten Stomaanlage erst spät gemeldet werden. Dann wird es schwierig, einen geeigneten und ruhigen Zeitpunkt für das Gespräch und für die Markierung zu finden. Regelungen zu rechtzeitiger Meldung sind für einen reibungslosen Ablauf und eine gute Planung wichtig. Der schnittstellenübergreifenden Kommunikation muss für einen reibungslosen Verlauf der Maßnahmen die nötige Aufmerksamkeit geschenkt werden.

6.2.2. Ungünstiger Zeitpunkt und Fehleinschätzung des Zeitbedarfs

Der Patient befindet sich gerade bei weiteren Voruntersuchungen und ist nicht anzutreffen. Womöglich hat das ärztliche Aufklärungsgespräch noch nicht stattgefunden und muss abgewartet werden. Für den Betroffenen ist es ungünstig, wenn morgens kurz vor der Operation noch schnell die Stomamarkierung durchgeführt werden muss. Es wird schwierig, z. B. die Kleidungsgewohnheiten zu berücksichtigen, wenn die Alltagskleidung bereits abgelegt und das OP-Hemd angezogen ist. Der Patient hört in seiner Aufregung nur noch die Hälfte der Informationen und kann sich vermutlich

Aktuell MagSi[®] Nr. 89 · 08/2022

nicht auf ein Gespräch einlassen. Unter Umständen besteht hierfür auch gar keine Zeit, da der Fahrdienst schon vor der Tür steht, um den Patienten zur OP zu bringen. Fehleinschätzungen der benötigten Zeit durch Dritte, die zur adäquaten präoperativen Vorbereitung und Stomamarkierung benötigt wird, führen zu unnötigem Druck bei der Durchführung der Maßnahmen des Pflegeexperten SKW. Permanente Störungen durch Anliegen anderer Berufsgruppen erschweren es zusätzlich, auf die Bedürfnisse des Patienten einzugehen.

6.3. Dringlichkeit der Stomaanlage

6.3.1. Elektiv

Bei geplanten Eingriffen wird mittlerweile meistens routinemäßig die präoperative Stomamarkierung durchgeführt. Bei guter Planung ist die Durchführung der präoperativen Maßnahmen in der Regel gut in den Klinikalltag zu integrieren. Es besteht allerdings oftmals noch Optimierungsbedarf bei der Organisation, Informationsweitergabe und der zeitlichen Planung, um die präoperativen Maßnahmen in Ruhe durchführen zu können.

6.3.2. Notfall

Auch im Notfall sollte nicht auf die präoperative Stomamarkierung verzichtet werden. Dies sieht in der Realität leider oft anders aus. In der Hektik wird häufig nicht daran gedacht, die Stomatherapie in die präoperativen Maßnahmen zu involvieren. Im Operationssaal sind die Bedingungen zur Markierung ungünstig. Der Patient ist vielleicht schon narkotisiert und kann weder aktiv mitarbeiten, noch Fragen beantworten. Auf dem Operationstisch befindet er sich in einer überstreckten Lagerung. So können anatomische Gegebenheiten nicht ausreichend beurteilt werden. Auch bei Notfalleingriffen sollte, soweit es der Zustand des Patienten zulässt, vorab eine präoperative Stomamarkierung durchgeführt werden. Beim akuten Abdomen haben die Patienten häufig einen aufgeblähten Bauch. Es ist nicht ersichtlich, wo im Normalzustand vorhandene Bauchfalten liegen. Eventuell ist der Betroffene aber auch gar nicht in der Lage, sich hinzusetzen und aufzustehen. Zumindest das Nachzeichnen der Konturen, der knöchernen Vorsprünge sollte zur besseren Orientierung vorgenommen werden.

6.4. Fehlende räumliche, personelle Ressourcen und man gelndes Wissen

6.4.1. Räumlichkeiten

Im Patientenzimmer ist die Wahrung der Intimsphäre und ein ungestörtes Gespräch schwer umzusetzen, da es sich meistens um Mehrbettzimmer handelt. Störungen durch Dritte und dadurch eine Ablenkung aller Beteiligten sind möglich. Diese Umstände erschweren den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zwischen den Betroffenen und dem Pflegeexperten SKW. Daher ist ein separates Zimmer mit entsprechender Ausstattung zur Durchführung des präoperativen Gespräches und der Stomamarkierung mehr als wünschenswert.

6.4.2. Wissensdefizite

Das Bewusstsein über erforderliche Abläufe, das nötige fachliche Wissen und die Fertigkeiten zur Organisation und Durchführung der präoperativen Maßnahmen müssen vorhanden sein. Schulungen der an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen und fachlich weitergebildete Mitarbeiter, sind für ein einheitliches Vorgehen und eine qualitative Versorgung notwendig.

6.4.3. Personelle Ausstattung, Qualifikation

Die präoperativen Maßnahmen erfordern ein multiprofessionelles Team, das über ein breitgefächertes, fachspezifisches Wissen verfügen muss. Eine ausreichende Besetzung mit entsprechenden Fachpersonen ist wichtig, da es sonst zu Versorgungsengpässen und Qualitätseinbußen kommen kann.

7. Patienten-abhängige Faktoren bei der präoperativen Stomamarkierung

Diese Faktoren müssen als gegeben akzeptiert und unter Beachtung der Empfehlungen ausgleichend, bzw. optimierend, der Situation entsprechend berücksichtigt werden.

7.1. Körpergewicht 7.1.1. Adipositas

Die präoperative Markierung gestaltet sich beim Vorliegen einer Adipositas schwieriger als bei normal gewichtigen Menschen. Zum einen schränkt der große Bauchumfang, evtl. durch Faltenbildung oder einer Fettschürze, die Auswahl der möglichen Markierungspunkte ein. Zum anderen wird die Sicht der Betroffenen auf die Markierungen erheblich erschwert. Deshalb sollte nach Möglichkeit auch im Oberbauch ("Top of the hill") markiert werden, weil der Betroffene diesen besser einsehen und erreichen kann.

7.1.2. Kachexie

Bei sehr schlanken, kachektischen Patienten finden sich häufig viele kleine Falten in der Bauchhaut, die bei der präoperativen Stomamarkierung berücksichtigt werden müssen. Die knöchernen Vorsprünge treten deutlich hervor und vergrößern die Abstände zum Niveau (Höhe) der umgebenden Haut. Das könnte die Haftung der späteren Versorgung beeinträchtigen. Hier ist es wie bereits erwähnt wichtig, auf eine ausreichend große glatte parastomale Hautfläche zu achten. Das Platzangebot ist aufgrund der oftmals kleinen zur Verfügung stehenden Hautfläche begrenzt.

7.2. Immobilität

Bei immobilen Patienten ist die Markierung oft nur im Liegen möglich. Wenn nichts dagegen spricht, kann der Patient zumindest in eine sitzende Position gebracht werden, um die Situation der Markierung zu optimieren und Bauchfalten sichtbar zu machen. Eventuell ist der Zustand der Immobilität nur vorübergehend und für den Fall der Rehabilitation kann so eine selbstständige Versorgung ermöglicht werden.

7.3. Körperliche Einschränkungen

Um die Selbstständigkeit des Betroffenen zu fördern und zu erhalten, sollte auf vorliegende Einschränkungen eingegangen werden.

7.3.1. Träger von Beinprothesen Die Beinprothese muss bei der Markierung getragen werden, da diese eventuell mit Fixiergurten, die zu berücksichtigen sind, befestigt wird.

7.3.2. Rollstuhlfahrer

Die Durchführung der Markierung erfolgt im eigenen Rollstuhl der Betroffenen, um die jeweilige Sitzposition und Haltegurte zu beachten. Die Markierungspunkte sollten höher angelegt werden.

7.3.3. Motorische Einschränkungen Eine Hemiparese nach Apoplex, Störungen der Feinmotorik, z. B. bei Morbus Parkinson (Tremor), Arthrose der Finger, Multiple Sklerose etc. sollten nach Möglichkeit bei der Markierung berücksichtigt werden um noch vorhandene Ressourcen zur Selbstversor-

gung oder Anteile der Versorgung übernehmen zu können.

7.3.4. Voroperationen

Narben, die durch vorangegangene Operationen und Verletzungen zu Einziehungen der Bauchhaut geführt haben, erfordern unter Umständen auch eine Abweichung von den sonst üblichen Stellen für die Markierung.

7.3.5. Visuelle Einschränkungen Bei Sehstörungen oder einer Sehschwäche sollte der Patient auf jedem Fall seine Brille bei der Markierung aufsetzen, um die Markierungspunkte möglichst gut sehen zu können.

7.3.6. Vorhandene Stomata
Um anschließend eine sichere Versorgung zu gewährleisten, müssen bereits vorhandene Stomata bei der Markierung berücksichtigt werden. Manche Hilfsmittel, wie z. B. Stomagürtel zur unterstützenden Fixierung, können nur zum Einsatz kommen, wenn die Stomata nicht auf gleicher Höhe liegen und die Gürtel aneinander vorbeigeführt werden können.

7.3.7. Hauterkrankungen

Die Markierung sollte, z. B. bei einer vorliegenden Schuppenflechte nach Möglichkeit so erfolgen, dass die betroffenen Hautareale nicht im Bereich der Markierungen liegen, bzw. das genügend intakte Hautfläche für die spätere Versorgung zur Verfügung steht.

7.4. Geschlecht

Der Brustumfang bei weiblichen Betroffenen spielt bei der präoperativen Markierung ebenfalls eine Rolle. Die Brust sollte postoperativ nicht auf der Stomaversorgung aufliegen, daher ist die Markierung entsprechend tiefer anzusetzen. Besonders bei einer geplanten Stomaanlage im Oberbauch, z. B. bei einem Transversostoma ist dies zu beachten. Wichtig ist auch hier der vorhandene Sichtkontakt der Betroffenen zur Markierung.

7.5. Zeitliches Auftreten der Erkrankung und Akzeptanz der geplanten Stomaanlage

Die Dringlichkeit der Situation, die zur Anlage eines Stomas führt, kann sich auf die Akzeptanz der präoperativen Maßnahmen auswirken.

7.5.1. Akute Erkrankungen

Der Betroffene befindet sich kurz nach der Diagnosestellung in einer Phase der Bewältigung der Krankheit und ist eventuell noch nicht für weitere Informationen zugänglich. Er möchte sich nicht mit den aus der Krankheit resultierenden Folgen beschäftigen und hofft, dass z. B. eine Stomaanlage umgangen werden kann. Die Erklärung der Notwendigkeit der Maßnahmen durch den Arzt und unterstützend durch den Pflegeexperten SKW sind für die Akzeptanz sehr wichtig.

7.5.2. Chronische Erkrankungen Meistens liegt bereits eine lange Krankheitsgeschichte, mit einer erheblichen Einschränkung der Lebensqualität hinter den Betroffenen. Häufig handelt es sich um Patienten, die an einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, leiden. Auch chronische ausgeprägte Fistelleiden gehören in diesen Bereich. Die Betroffenen haben sich vermutlich bereits mit ihrer Krankheit auseinandergesetzt und die Möglichkeit genutzt Informationen einzuholen. Sie wurden evtl. schon früher mit der Anlage eines Stomas zur unterstützenden Behandlung konfrontiert. Diese Tatsachen können die Akzeptanz der präoperativen Maßnahmen erhöhen.

7.5.3. Notfall

Der Betroffene wird völlig überrascht und hat kaum Gelegenheit das Geschehen zu verarbeiten und zu begreifen. In der lebensbedrohlichen Situation muss schnell gehandelt werden und damit erhöht sich der Zeitdruck. Daher müssen in diesem Fall die Maßnahmen auf das Notwendigste beschränkt werden. Ausführliche Gespräche und die Auseinandersetzung mit dem Thema "Stoma", können dann erst nach erfolgter Operation stattfinden.

7.6. Lebensgewohnheiten

7.6.1. Kleidungsgewohnheiten

Die Wahl der Kleidung ist oft Ausdruck der Persönlichkeit und ein "Wohlfühlfaktor" für den Menschen. Wurden bei der Markierung die Kleidungsgewohnheiten nicht berücksichtigt, bedeutet das für die Patienten eine zusätzliche Belastung, auch in finanzieller Hinsicht. Die Markierung sollte oberhalb oder unterhalb des Rock-/ Hosenbundes liegen, da der Druck des Bundes auf die Stomaversorgung eine Abflussbehinderung verursachen kann. Das wiederum kann zu Undichtigkeiten der Versorgung führen. Falls die Markierung nicht anders möglich sein sollte, muss der Betroffene darüber informiert und im Anschluss zu Alternativen bei der Kleiderauswahl

beraten werden. Eventuell kann auf Hosenträger statt Gürtel zurückgegriffen werden. Die Wahl eines Hosenschnittes mit anderer Bundhöhe und Weite, in Kombination mit einem längeren Oberteil können Abhilfe schaffen. Auch berufsbedingte Kleidungsgewohnheiten sollten beachtet werden. In vielen Arbeitsbereichen gibt es bestimmte Kleidungsvorschriften und zusätzliche Ausrüstungsutensilien, die getragen werden müssen, z. B. Dienstuniform und Pistolengürtel bei der Polizei.

7.6.2. Schlafposition

Die Frage nach der bevorzugten Schlafposition während der präoperativen Stomamarkierung, scheint im ersten Moment nicht die höchste Priorität zu haben, sollte aber nach Möglichkeit trotzdem Berücksichtigung finden. Der Schlaf bedeutet allgemein Erholung und Regeneration. Er wird schnell durch Veränderungen der Gewohnheiten gestört. Ein verminderter Schlafkomfort durch eine unbequeme Liegeposition führt zu einer erheblichen Einschränkung der Lebensqualität. Die Patienten können die bevorzugte Schlafposition nicht mehr einnehmen weil, z. B. die Stomaversorgung im Weg ist. Unter Umständen besteht auch die Sorge, dass der Stomabeutel im Schlaf unbemerkt platzen könnte.

7.7. Soziokulturelle Faktoren 7.7.1. Religion und Kultur

Wir leben in einer multikulturellen Welt und sehen uns in unserem Arbeitsalltag mit unterschiedlichsten Lebensgewohnheiten und Vorstellungen konfrontiert. Für eine erfolgreiche Zusammenarbeit mit den Betroffenen ist es unter anderem wichtig, sich mit fremden Gewohnheiten auseinander zu setzen und diese zu akzeptieren. Die gebeugte Haltung während des Gebetes sollte, z. B. bei Betroffenen muslimischen Glaubens auch bei der präoperativen Stomamarkierung nicht vergessen werden. Der Umgang mit Ausscheidungen, dem Schamgefühl, Beziehungen und Umgang zwischen Frauen und Männern können in anderen Kulturen abweichend zu unseren Lebensgewohnheiten sein. Wichtig ist auch hier die Beachtung und Wahrung der Intimsphäre der Betroffenen sowie Einfühlungsvermögen und Verständnis für unser Gegenüber.

11

Das Thema Mag Si Nr. 89 · 08/2022





7.7.2. Sprache

Sprachliche Barrieren behindern die Kommunikation und erschweren die Weitergabe von Wissen an die Betroffenen. Ebenso kann die Informationssammlung zur weiteren Planung nicht oder nur unzureichend stattfinden. In diesem Fall kann mit Dolmetschern und evtl. Angehörigen, die die Sprache besser verstehen zusammengearbeitet werden. So können Missverständnisse vermieden und Unsicherheiten ausgeräumt werden. Einige Produkthersteller bieten zudem Ratgeber in unterschiedlichsten Sprachen an, die unterstützend genutzt werden sollten. Die Organisation von "Übersetzungshelfern" erfordert zusätzliche zeitliche Ressourcen. Diese Umstände müssen ebenfalls bei der präoperativen Markierung und in Beratungssituationen berücksichtigt werden.

8. Handlungsanweisungen und Empfehlungen

Es gibt bereits mehrere Empfehlungen und Handlungsanweisungen, die über die Art und Durchführung von geforderten Tätigkeiten in der präoperati-

12

ven Phase vor geplanten Stomaanlagen Aufschluss geben. In den S-3 Leitlinien finden sich wissenschaftliche Erkenntnisse, die zur Orientierung von Ärzten und anderen, an der Behandlung von Patienten beteiligten Berufsgruppen dienen. Das heißt, es werden Handlungs- und Entscheidungsmöglichkeiten aufgezeigt.

8.1. S-3 Leitlinien

8.1.1. Kolorektales Karzinom (Version 2.1, Januar 2019)

Unter Punkt 7.5.4. Stoma-Anlage auf S.131 der Leitlinie, wird unter 7.41. der Hinweis zur rechtzeitigen Information und präoperativen Aufklärung des Betroffenen im Hinblick auf die Anlage eines Stomas gegeben. Unter 7.42. wird die präoperative Stomamarkierung empfohlen und auf S.132 die Vorgehensweise und Durchführung der präoperativen Stomamarkierung durch Arzt oder Stomatherapeut beschrieben.

8.1.2. Harnblasenkarzinom (Version 2.0, März 2020)

In der Leitlinie unter 8.1. auf S. 209/Tabelle 25 wird die empfohlene "Präoperative Vorbereitung der Stomaanlage" und das Vorgehen unter Berücksichtigung individueller Faktoren beschrieben. Unter 8.3. auf S. 203 wird darauf hingewiesen, dass die Betroffenen über sämtliche Möglichkeiten der unterschiedlichen "Harnableitungen sowie deren Vor- und Nachteile" informiert werden sollen. Im Punkt 8.4. auf S. 203 gibt es die Empfehlung zur Durchführung der präoperativen Stomamarkierung vor einer Stomaanlage. Auf S. 208 der Leitlinie werden die durchführenden Personen, Arzt und Stomatherapeut benannt.

8.2. Handlungsanweisung zur präoperativen Stomamarkierung der FgSKW e.V.

Diese Handlungsanweisung entstand nach der Online-Befragung der FgSKW e. V. zur präoperativen Markierung. Ein einheitliches und zielführendes Vorgehen soll künftig zur Verbesserung der Qualität beitragen. Die Hauptergebnisse der Befragung, mit der bereits veröffentlichten Arbeitsanweisung "Markierung der Stomaanlage", von Droste und Gruber, wurden 2012 zu einer Handlungsanweisung von Mitgliedern der FgSKW e. V. über-

arbeitet. Das Ziel, Zeitpunkt, ausführende Akteure, benötigtes Material, Durchführung mit genauer Beschreibung der Technik, Besonderheiten und Dokumentation der präoperativen Markierung werden in dieser Handlungsanweisung beschrieben. Ebenso die gewünschten Ergebnisse, die durch das geplante Vorgehen erreicht werden sollen. Die Empfehlung zur präoperativen Stomamarkierung der FgSKW e. V., lässt sich in Einrichtungen die noch keinen Standard oder eine hausinterne Anweisung haben implementieren und entsprechend an den Arbeitsplatz anpassen.

8.3. Charta der Stomaträger

Die "Charta der Rechte von Stomaträgern", zeigt die speziellen Bedürfnisse der Betroffenen auf, mit dem Ziel weiterhin ein "selbständiges und selbstbestimmtes Leben" führen zu können sowie an allen Entscheidungen beteiligt zu sein. In der überarbeiteten Fassung von 2007, steht zum Thema präoperative Vorbereitung und Markierung, dass Stomaträger ein Recht auf präoperative Beratung haben. Dadurch kann sichergestellt werden, dass die Betroffenen erfahren, welchen Einfluss ein Stoma auf das künftige Leben hat. Des Weiteren haben die Betroffenen das Recht ein optimal angelegtes und positioniertes Stoma zu erhalten.

Qualitätssicherung in der präoperativen Phase

9.1. Deutsche Krebsgesellschaft, Darmkrebszentrum

Die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) möchte Betroffenen eine qualitativ hochwertige Behandlung in zertifizierten Zentren ermöglichen. Eine Verbesserung der Versorgung von onkologischen Patienten erfolgt mittels Zertifizierungssystem. Die Zertifizierungskriterien und fachlichen Anforderungen für die verschiedenen onkologischen Zentren sind in Erhebungsbögen zusammengefasst. Unter anderem finden sich hier die erforderlichen Rahmenbedingungen und die geforderten Tätigkeiten im Aufgabenbereich der Stomatherapie für ein zertifiziertes Darmkrebszentrum.

Erhebungsbogen Darmkrebszentrum (DKG), Stand 07/2020
Bezug nehmend auf die präoperative Phase vor Stomaanlagen, findet sich

unter 1.8.6 der Hinweis, dass neben präoperativer Anleitung, Beratung und Schulung von Patienten und deren Angehörigen, auch die Beteiligung an der präoperativen Markierung der Stomaposition, zu den Aufgaben der Stomatherapie dazugehört.

9.2. Qualitätsmerkmale eines Standards in in der präoperativen Phase

Die präoperative Phase ist ein Teilprozess des sektorenübergreifenden Pflegeprozesses "Rehabilitation des Stomaträgers" von Gruber und Droste, der klar definierte präoperative ärztliche und pflegerische Maßnahmen vor einer Stomaanlage beinhaltet. Zur Verbesserung der Qualität in der präoperativen Phase vor Stomaanlagen wird die Einteilung hier, wie im gesamten Pflegeprozess, in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität vorgenommen. Ein Standard ermöglicht es, eine einheitliche, vergleichbare und überprüfbare Pflege durchzuführen und ist somit ein gute Hilfe zur Sicherung der Qualität bei der Betreuung und Versorgung von Betroffenen in der Klinik.

9.2.1. Strukturqualität

Die Strukturqualität bezieht sich auf die Rahmenbedingungen, die vorhanden sein sollten, um gewisse Qualitätskriterien erfüllen zu können. Die Rahmenbedingungen bestehen aus baulichen, technischen und materiellen Anforderungen sowie personellen und organisatorischen Anforderungen.

Das bedeutet für die präoperative Phase:

- Bereitstellung, bzw. Erarbeitung eines präoperativen Standards mit klaren Angaben zu Ablauf und Organisation, Zeitmanagement, Zuständigkeit
- Bereitstellung geeigneter Formulare, EDV gestütztes Programm (Anforderung der Stomatherapie, spezielle Dokumentationsbögen…)
- regelmäßige Besprechungen im multiprofessionellen Team zur Einhaltung der erforderlichen Maßnahmen, Kommunikationsfluss gewährleisten, Fallbesprechungen durchführen
- Information neuer Mitarbeiter in der Einarbeitungsphase über die Abläufe und Aufgaben in der präoperativen Phase

- klare Vorgaben bezüglich Delegation, schriftlich hinterlegt und namentliche Nennung der berechtigten Mitarbeiter zur Durchführung der präoperativen Stomamarkierung
- regelmäßige Fortbildungen und Schulungen aller Mitarbeiter, Rezertifizierung der Pflegeexperten SKW
- räumliche Ausstattung, eigenes Zimmer der Stomatherapie für Beratung, Gespräche, Stomamarkierung etc.
- materielle Ausstattung (Informationsmaterial, Anschauungsmaterial, verschiedene Produktarten von Stomaversorgungen)
- personelle Ausstattung, qualifizierte Fachkraft, z. B. Pflegeexperte SKW
- vorhandenes fachspezifisches
 Wissen des Pflegeexperten SKW

9.2.2. Prozessqualität

Die Prozessqualität beschreibt alle erbrachten Tätigkeiten der ärztlichen, pflegerischen und sonstiger am Prozess beteiligten Berufsgruppen. Sie bezieht sich auf die Planung und die sachgerechte Durchführung der erforderlichen Maßnahmen. Die Voraussetzung hierfür sind die erforderlichen Rahmenbedingungen.

Das bedeutet für die präoperative Phase:

- frühzeitige Anforderung des Pflegeexperten SKW, mindestens 24 Stunden vor OP (je früher, desto besser), per Konsil
- schriftliche Anordnung und genaue Anweisungen zur geplanten Stomaanlage durch den Arzt, Absprachen zwischen den Beteiligten
- Ärztliches Aufklärungsgespräch und Erklärung der Behandlungsstrategie mit dem Betroffenen und ggf. Angehörigen
- Informationssammlung, Ressourcen und Defizite erkennen, Planung der Maßnahmen
- Verständnis aller Beteiligten für die rechtzeitige Durchführung der Maßnahmen, als wichtiger Bestandteil des Rehabilitationsprozesses
- Nutzung und Einhaltung eines präoperativen Standards, bzw. Akzeptanz zur Einführung eines präoperativen Standards im multiprofessionellen Team

Das Thema Mag Si Nr. 89 · 08/2022 13

- Information der Betroffenen und Angehörigen, Beratungsgespräche, präoperatives Gespräch planen
- Ziele mit dem Betroffenen und Angehörigen formulieren und festlegen, Ermittlung des Unterstützungsbedarfes über die Entlassung hinaus
- Durchführung des präoperativen Gespräches und der Stomamarkierung nach den aktuellen Erkenntnissen der Wissenschaft und Empfehlungen
- Rücksprache mit dem Arzt bei Problemen und Abweichungen
- schriftliche Dokumentation und er gänzend z. B. die Fotodokumentation
- Information des Pflegepersonals der Station und ggf. des Entlassmanagements zur Einleitung weiterer Schritte, sowie weiterer Berufsgruppen und Diensten bei Bedarf

9.2.3. Ergebnisqualität

Die Ergebnisqualität zeigt die Qualität der durchgeführten ärztlichen und pflegerischen Leistungen. Die Leistungen sollten fortlaufend bewertet werden, um Mängel zu erkennen und um ggf. Maßnahmen zur Verbesserung einzuleiten.

Das bedeutet für die präoperative Phase:

- Überprüfung des Prozessablaufs:
- Zufriedenheit des Betroffenen bzgl. Zeitpunkt, Zeitumfang, Ablauf des präoperativen Gesprächs und der Stomamarkierung, z. B. per Fragebogen
- Führen einer Statistik (Anzahl der Stomaanlagen und durchgeführter präoperativer Markierungen)
- Evaluation:
 - Auswertung der Fragebögen und der Statistik
 - Rückmeldung/Feedback der, bzw. an die beteiligten Berufsgruppen
 - Anpassung, bzw. Optimierung des Prozessablaufs

10. Online-Befragung der FgSKW e. V. 2011 zur präoperativen Stomamarkierung

Das Ziel dieser Befragung war es, das übliche Vorgehen bei elektiven Eingriffen in den Kliniken zur Durchführung der präoperativen Stomamarkierung zu erfassen. Die Anzahl nicht durchgeführter Markierungen, trotz der bekannten Nachteile für die Be-

troffenen wurde zum Anlass für die Befragung genommen. Von zentralem Interesse war der Zeitpunkt, die ausführende Person und nach welchen Kriterien die Markierung durchgeführt wurde. Außerdem, ob Hilfsmittel zur Markierung verwendet wurden. Des Weiteren die Frage, ob die Stomaanlage postoperativ im Hinblick auf ihre Qualität bewertet und dies auch dokumentiert wurde.

Es wurden Pflegefachkräfte und Mediziner in Kliniken, die mit der Versorgung von Patienten, die im Verlauf Ihrer Behandlung eine Stomaanlage erhielten, befragt. Die Befragung war freiwillig und anonym. Es nahmen 219 Personen an der Online-Befragung im Zeitraum vom 31.10.11 bis 28.11.11 teil.

Die Hauptergebnisse waren: Jeder Dritte erhielt trotz geplanter OP keine präoperative Stomaamarkierung. Die Ursachen dafür müssen aufgeklärt werden. Ebenso die Verbindung von nicht erfolgten Markierungen in Bezug auf spätere Stomafehllagen und folglich Versorgungsproblemen und parastomalen Hautproblemen. Es wurden Abweichungen von der präoperativ markierten Stelle und der späteren tatsächlichen Position des Stomas festgestellt. Ob unterschiedliche Ansichten der Berufsgruppen dazu führten, konnte zu diesem Zeitpunkt nicht aufgeklärt werden. Es zeigte sich, dass die präoperative Stomamarkierung in der Klinik überwiegend von Pflegefachkräften durchgeführt wird. Die Handhabung der präoperativen Stomamarkierung wurde nach dieser Umfrage als verbesserungswürdig erachtet. Daraus ergab sich im nächsten Schritt, zur Verbesserung der Situation der Betroffenen und zur Sicherung der Qualität in den Kliniken folgende Lösung. Die FgSKW e. V. sah sich in der Verantwortung, eine standardisierte, schriftliche Handlungsanweisung zur präoperativen Stomamarkierung zu erstellen und umzusetzen. Außerdem die Vorgabe von Beurteilungskriterien hinsichtlich der Qualität einer Stomaanlage.

11. Kursinterne Umfrage zur Handhabung der präoperativen Stomamarkierung am Arbeitsplatz der Kollegen

Der Fragebogen zur Umfrage befindet sich im Anhang dieser Arbeit. Die Um-

frage wurde am 27.02.21 gestartet und am 14.03.21 beendet. Der Fragebogen wurde per E-Mail an die Kollegen von "Stoma'19" verschickt.

11.1. Intention der Umfrage

Diese Umfrage sollte helfen einen aktuellen Überblick zur Durchführung der präoperativen Stomamarkierung, in den Kliniken mit angeschlossenem Darmkrebszentrum der Kollegen zu erhalten. Von zentralem Interesse waren das routinemäßige Vorkommen vor elektiven Eingriffen, die Häufigkeit nicht stattgefundener Markierungen, Zeitumfang, Ort und Rahmen in dem die Markierung stattfindet. Wer führt die Markierung durch und welche hausinternen Bedingungen und Möglichkeiten gibt es zum Thema "Vorliegen einer Handlungsanweisung zur Durchführung der präoperativen Markierung" sowie Art und Umfang der Dokumentation am Arbeitsplatz der Kollegen.

11.2. Ergebnisse/Auswertung der Umfrage

Drei der zwölf Befragten konnten aufgrund ihres Arbeitsplatzes (Home-Care, Rehaklinik, ambulanter Pflegedienst) keine vollständigen Angaben machen. Die geografische Verteilung der Kliniken, in denen die Kollegen arbeiten, erstreckt sich über 5 Bundesländer.

An allen Kliniken mit angeschlossenem Darmkrebszentrum wird die präoperative Stomamarkierung vor elektiven Eingriffen durchgeführt. Dennoch gab es auch hier Fälle, in denen keine Stomamarkierung durchgeführt wurde. Die Umstände hierzu sind nicht bekannt. Die zur Verfügung stehende Zeit zur Durchführung der Markierung, wurde von 42 % mit weniger als einer halben Stunde und von 50 % der Befragten mit mehr als einer halben Stunde angegeben. In einem Fall wurde die Zeit mit mehr als einer Stunde angegeben. Natürlich sollte jeder Betroffene nach Möglichkeit die Zeit bekommen, die er zur Klärung seiner Fragen braucht. Bei der Frage zur durchführenden Person, wurde in den meisten Fällen (53 %), der Pflegeexperte SKW, gefolgt vom Arzt (32 %), dann der Pflegefachkraft (16 %) genannt. Wie aus dieser Umfrage hervorgeht, findet die Stomamarkierung bei 64 %

MagSi® Nr. 89 · 08/2022 Das Thema

nicht im Rahmen des präoperativen Gespräches statt. Lediglich bei 33 % der Befragten war dies der Fall. Am häufigsten wird die Markierung im Patientenzimmer (61 %), gefolgt von Behandlungszimmer (28 %) und anderer Ort (11 %) durchgeführt. Aufgrund der Corona Pandemie sind Angehörige derzeit nicht oder nur in Ausnahmefällen bei Gespräch und Markierung zugelassen. Daher kam wohl das Ergebnis von Ja (36 %) und Nein (67 %) bei der Frage, ob Angehörige bei Gespräch und Markierung einbezogen werden, zustande. Nur 33 % der Befragten weisen einen hausinternen Standard, bzw. eine schriftliche Anweisung zur präoperativen Markierung auf, während 67 % dies verneinten. Über einen speziellen Dokumentationsbogen der präoperativen Stomamarkierung verfügen 42 % der Kollegen, was bei 58 % wiederum nicht der Fall ist. Bei der Art der Dokumentation lag die schriftliche Dokumentation (58 %) vorne, gefolgt von schriftlicher Dokumentation und gleichzeitiger Fotodokumentation (33 %). Bei 8 % der Befragten lag nur eine Fotodokumentation vor.

11.3. Fazit der Umfrage

Das Ergebnis ist aufgrund der kleinen Gruppe der Befragten zwar nicht repräsentativ, lässt aber den Eindruck entstehen, dass die präoperative Stomamarkierung durchaus einen festen Platz in der präoperativen Vorbereitung der Patienten an den Arbeitsplätzen der Kollegen hat. Verbesserungspotenzial gibt es sicher im Ablauf und der Häufigkeit der Durchführung des präoperativen Gespräches, sowie bei der Auswahl der Räumlichkeiten/des Ortes der Markierung. Die Erstellung und das Vorhandensein eines hausinternen Standards sollte verstärkt Beachtung finden und in Angriff genommen werden. Es kann dann nach vorgegebenen Richtlinien einheitlich gehandelt werden und die Abläufe sind für alle Beteiligten trans-

Die Ausführung und Art der Dokumentation weist kleinere Lücken auf. Optimal wäre sicher eine Kombination aus schriftlicher Dokumentation und unterstützender Fotodokumentation, in einem eigens für den Aufgabenbereich der Stomatherapie entwickelten Dokumentationsbogen durchzuführen.

12. Fazit

Im Interesse aller Beteiligten muss die präoperative Stomamarkierung unter Beachtung der individuellen Faktoren als fester Bestandteil der präoperativen Vorbereitung verstanden werden. Das nötige fachliche Wissen zur korrekten Durchführung der präoperativen Stomamarkierung sowie die Kommunikation innerhalb des multiprofessionellen Teams und ausreichenden zeitlichen Ressourcen, bilden die Grundvoraussetzung für ein gutes Gelingen.

Den Anfang für den Erfolg der Behandlung bildet unter anderem das präoperative Gespräch, dem mehr Beachtung geschenkt werden sollte. Einigen ist sicher nicht bewusst, wie wichtig der Vertrauensaufbau für die Arbeit mit den Betroffenen ist und dass sich das Gespräch positiv auf die Bewältigung der Situation auswirken kann. Durch klar geregelte Abläufe, unter Einhaltung der Empfehlungen und Vorgaben, werden in der präoperativen Phase ideale Bedingungen für eine erfolgreiche Rehabilitation der Betroffenen geschaffen.

Daher muss die Entwicklung eines Standards am eigenen Arbeitsplatz, der für eine transparente, planbare und verbindliche Durchführung der Maßnahmen notwendig ist, vorangetrieben werden. Die Entwicklung dieses Standards bedarf einer guten Planung, Informationssammlung und zeitlicher Ressourcen. Es müssen Absprachen im multiprofessionellen Team sowie die Prüfung durch das Qualitätsmanagement und die Genehmigung durch Vorgesetzte vor der Implementierung vorgenommen werden. Im Anschluss muss die Umsetzung, Einhaltung und Wirksamkeit des Standards regelmäßig evaluiert werden. Wünschenswert wäre hier auch die Entwicklung einer EDV-gestützten Anmeldung zur präoperativen Stomamarkierung, z. B. durch eine automatische Verknüpfung mit dem OP-Plan oder der Diagnosestellung, um zu späten Meldungen und nicht erfolgten Markierungen entgegenzuwirken.

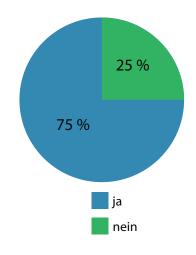
Die Aufklärung über mögliche Konsequenzen nicht durchgeführter Markierungen, muss bei allen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen erfolgen. Sollten nicht alle Vorgaben und Empfehlungen aufgrund unterschied-

lichster Ursachen bei der präoperativen Markierung der Betroffenen berücksichtigt werden können, ist eine Priorisierung vorzunehmen und eine Besprechung zwischen behandelndem Arzt und Pflegeexpertem SKW unbedingt erforderlich.

Dennoch kann auch eine noch so gute präoperative Vorbereitung mit optimaler Markierung der Stomalokalisation und Aufklärung nicht zwingend vor auftretenden postoperativen Komplikationen schützen, da es noch weitere Einflussfaktoren auf das Ergebnis einer Stomaanlage gibt. Wichtig ist in diesen Fällen eine lückenlose Betreuung und beständige Beratung, Anleitung und Schulung der Betroffenen und ihres sozialen Umfeldes durch eine versierte Fachkraft. Dazu ist die Auswahl eines geeigneten Versorgungssystems und die Förderung der vorhandenen Ressourcen zur Erhaltung der Selbständigkeit und Selbstversorgung von Bedeutung. Schlussendlich sind auch die Überleitung an einen Nachversorger zur Sicherstellung der Versorgungsqualität, der weiterführenden fachlichen Betreuung und der Belieferung von benötigtem Material weitere wichtige Bestandteile in der Versorgung von "Stomaträgern".

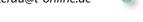
Auszug der Grafische Auswertung der kursinternen Umfrage zur präoperativen Stomamarkierung

Wird an deinem Arbeitsplatz die präoperative Stomamarkierung routinemäßig vor geplanten Darmoperationen durchgeführt?



Wiebke Rau Pflegeexpertin SKW München

Kontakt: wiebkerau@t-online.de



15

Das Thema Mag Si® Nr. 89 · 08/2022

Parastomale Hernienprävention durch Übungen der Bauch- und Rumpfmuskulatur

Vorwort

ährend meiner Literaturrecherche zu diesem Thema konnte ich im deutschsprachigen Raum kaum Publikationen finden. Einige Publikationen in englischer Sprache beziehen sich oftmals auf eine Studie aus Irland von Thomson and Trainor "Parastomal hernia: incidence, prevention and treatment strategies". Diese Studie und ergänzend das speziell für Stomaträger entwickelte Rehabilitationsprogramm, me+™ recovery" von Sarah Russell (England) habe ich als Grundlage für meine Arbeit genommen. Ergänzend durch den fachlichen und persönlichen Rat von Physiotherapeuten (Universitätsklinikum Erlangen) in Bezug auf die Prävention von parastomalen Hernien bei geeigneter körperlicher Bewegung/ Aktivität, konnte ich dieses Thema intensiver behandeln und verstehen. Mein herzliches Dankeschön geht an Mario Witter (Physiotherapeut am Universitätsklinikum/Erlangen). Mit seiner Hilfe habe ich die Auswahl der Bildabfolgen mit den einzelnen Bewegungsübungen erstellt. Die in diesem Artikel

verwendeten Abbildungen sind Fotos meiner eigenen Person.

Einführung

Körperliche Aktivität und Sport spielen in meinem Leben eine wichtige Rolle. Ich wandere sehr viel, tanze und praktiziere regelmäßig Yoga. Bewegung unterstützt mein gesundheitliches Wohlbefinden sehr positiv. Es ist wissenschaftlich erwiesen, dass Sport präventiv wirkt und Erkrankungen reduziert oder gar verhindert werden können. Nicht jeder Mensch bewegt sich ausreichend. Besonders im Krankenhaus beobachte ich in meiner Tätigkeit als Krankenschwester und Pflegeexpertin Stoma, Kontinenz und Wunde (PE SKW) dass Patienten nach abdominellen operativen Eingriffen sich schwertun, ihren Körper wieder in "Schwung" zu bringen und sich gut zu mobilisieren. Viele Patienten sind verunsichert und haben Angst, sich falsch zu bewegen. Sie stellen mir oftmals die Fragen, wie und wieviel darf ich mich bewegen", "darf ich alle Bewegungen ausführen oder passiert da was?". Bisher waren meine Antworten auf diese Fragen eher allgemeiner Natur

wie: "beginnen sie langsam, heben sie nicht schwer, bewegen sie sich, wie es ihnen gut tut".

Im Rahmen meiner Weiterbildung zur Pflegexpertin "Stoma, Kontinenz und Wunde" (PE SKW) beschäftigte ich mich intensiver mit der Thematik körperlicher Bewegung und gleichzeitige Prävention von parastomalen Hernien (PSH). Allein in Deutschland leben schätzungsweise 100.000 Menschen mit einem Stoma. Das Risiko eine PSH zu erlangen, liegt in den ersten fünf Jahren bei ca. 20-80 %. Unterschiedliche Risikofaktoren begünstigen eine parastomale Hernienbildung. Die physischen und psychischen Auswirkungen können je nach Ausprägung der PSH sehr verschieden auf den betroffenen Patienten einwirken. Es reicht von Beschwerdefreiheit über wiederkehrende oder dauerhafte Schmerzen. Hautirritationen (durch Leckagen an der Stomaversorgung) bis hin zur Körperbildstörung. Diese Symptomatik und Beschwerden können die Lebensqualität der Patienten in einem hohen Maße negativ beeinflussen. Nicht selten isolieren sie sich von ihrem gewohnten sozialen Umfeld. Bei ausgeprägten großen Hernien oder auftretenden Komplikatio-

nen muss unter Umständen eine Re-Operation mit einer Herniotomie und der Verlegung des Stomas erfolgen. Auch diese Situation ist eine große psychische wie physische Belastung für den Patienten. Anhand dieser Ergebnisse soll eine Präventionsstrategie der PSH ein wichtiges Ziel für die betreuenden Pflegekräfte, die Pflegeexperten SKW und den Patienten selber sein. In meiner Facharbeit werde ich die Frage beantworten, "Welche körperlichen Aktivitäten/Bewegungen unterstützen die Prävention von parastomalen Hernien?". In Zukunft möchte ich auf die Fragen der Patienten "wie darf ich mich nach meiner Stoma-Operation bewegen?" konkrete Antworten geben können. Zur Verständlichkeit dieser Thematik erkläre ich in meiner Facharbeit die Anatomie und Physiologie der Bauchwand und der Bauchmuskulatur, den Begriff parastomale Hernie (PSH), die Symptome einer PSH, die Ursachen, die Risikofaktoren und die Therapien. In diesem Artikel finden sich aus Platzgründen nur Auszüge aus dieser umfangreichen Arbeit. Bedeutende Ergebnisse aus einer langjährigen Studie (Irland) zeigten, dass unter anderem gezielte Übungen zur Stärkung der Bauch- und Rumpfmuskulatur und die Minderung des intraabdominellen Drucks nachweislich präventiv für eine PSH wirken. In meiner Arbeit habe ich speziell diese Themen beleuchtet. Im Hauptteil zeige ich Bildabfolgen auf, welche gezielte Bewegungsabläufe/ Übungen zur Minderung des intraabdominellen Druckes und zur Stärkung der Bauch- und Rumpfmuskulatur darstellen. Im Anhang liegen in der Originalarbeit ein von mir erstelltes Informationsblatt und ein Piktogramm mit Übungen für Patienten mit einem Stoma bei. Diese Visualisierung der Übungen soll den Patienten als Hilfe dienen, nach erfolgter persönlicher individueller Anleitung durch einen Physiotherapeuten, diese Übungen alleine durchzuführen. Im Abschlussteil gehe ich auf mögliche Aufgaben des interdisziplinären Teams im Krankenhaus ein und ziehe mein persönliches Fazit für meine künftigen Arbeitsziele.

Anatomie und Physiologie der Bauchwand

Der anatomische Aufbau der Bauchwand von außen nach innen erfolgt durch die Schichten der Kutis, Subku-

tis, subkutanes Fettgewebe und Fascia abdominis superficialis. Die Bauchmuskulatur befindet sich darunter. Weiter innen schließen sich Fascia transversalis (Faszien bilden Hüllschichten für die einzelnen Muskeln und dienen als Ansatzpunkte für Muskeln) und Peritoneum parietale an.

1. Anatomie und Physiologie der Bauchmuskulatur

Die Bauchmuskulatur ist an Rumpfbewegungen und der Atmung beteiligt und erhöht durch Kontraktion (Bauchpresse) den Druck im Bauchraum. "Die Bauchmuskeln bestehen aus einem vertikalen (Musculus rectus abdominis), einem horizontalen (M. transversus abdominis) und einem diagonalen Verspannungssystem (M. obliquus internus und externus abdominis). Sie halten die Bauchorgane an Ort und Stelle und wirken bei der Atmung mit."

Die Bauchmuskeln werden an der vorderen Bauchwand in drei Richtungen verspannt. In der Beugung des Rumpfes, besonders aus der Rückenlage heraus, wird der paarige M. rectus abdominis angespannt. Die Muskelfasern der Bauchwand verlaufen in horizontaler Richtung (M. transversus abdominis) als "Bauchbinde", in vertika-ler Richtung (M. rectus abdominis) als "Rumpfbeuger" und in diagonaler Richtung (M. obliquus internus und externus abdominis) als "Rumpfdreher". Die schrägen Bauchmuskeln M. obliquus externus und internus abdominis neigen den Oberkörper nach links und rechts. Der M. transversus abdominis (guerer Bauchmuskel) verläuft horizontal an der seitlichen Bauchwand. Er hat einen gürtelförmigen Verlauf und trägt im Stehen die Hauptlast der Baucheingeweide und hat den bedeutendsten Anteil an der physiologischen Bauchbinde. Die Hauptfunktionen der seitlichen Bauchmuskeln und des M. rectus abdominis sind die Rumpfbewegung, die Stabilisierung der Wirbelsäule und die Verspannung der Bauchwand. Sie führen die Bauchpresse durch und erhöhen dadurch den intraabdominellen Druck. (z. B. bei Defäkation, Husten oder Erbrechen).

2. Parastomale Hernien (PSH)

In Deutschland leben schätzungsweise 100.000 Menschen mit einem Stoma.

Zu den häufigsten Stomakomplikationen zählt die parastomale Hernienbildung. In unterschiedlichen Quellen wird die Häufigkeit auf 20-40 % und 50-80 % geschätzt. Nicht jede Hernie wird diagnostiziert, daher liegen keine genauen Daten vor.

2.1. Definition parastomale Hernie

"Eine parastomale Hernie ist ein Bauchwandbruch im Stomabereich. Durch die künstlich geschaffene Öffnung, durch die der Darm für das Stoma nach außen geleitet wird, ist in der Bauchwand eine Schwachstelle entstanden."

2.2. Symptome und mögliche Spätfolgen von PSH

"Die Symptome der parastomalen Hernie zeigen sich als Defekte der Bauchwand und einer Vorwölbung neben dem künstlichen Darmausgang. Die Ausbeulung durch den Bruchsack tritt bei Erhöhung des Drucks innerhalb des Bauchraums deutlich hervor, was zum Beispiel beim Husten und Niesen der Fall ist." Die Beschwerdesymptomatik können sehr individuell sein. Sie reichen von Beschwerdefreiheit, starken Schmerzen, starken Ziehen, Brennen, Hautirritationen durch Leckagen direkt am Stoma, kosmetischen Problemen bei großen Hernien, Austrittsproblemen von Flatulenz und Stuhl bis hin zum Ileus. Aus Angst vor letzteren Problemen reduzieren manche Patienten ihre Nahrung. Sie gefährden dadurch ihren Gesundheitszustand zusätzlich, da sie in eine Mangelernährung kommen können. Ein weiteres Problem ist die zunehmende Mobilitätseinschränkung der Patienten. Durch Unsicherheit, was an körperlicher Aktivität durchgeführt werden darf und kann, bewegen sich manche Patienten als Schlussfolgerung insgesamt erheblich weniger. Der allgemeine Muskelabbau, besonders die der Bauchmuskulatur schreitet voran. Gerade diese Muskelgruppen sind wichtig zur Prävention einer PSH. Durch den Bewegungsmangel können noch weitere Erkrankungen wie Erkrankungen des Bewegungsapparates, des Kardiopulmonalen Systems, des Stoffwechselhaushaltes (Diabetes, Adipositas) sowie psychische seelische Störungen resultieren. Nicht selten iso-

Das Thema Mag Si* Nr. 89 · 08/2022 17

lieren sich Stomapatienten mit ausgeprägten Symptomen von ihrem sozialen Umfeld. Daraus können wiederum häufigere Krankschreibungen, Berufsunfähigkeiten und der Arbeitsplatzverlust resultieren. Zusammenfassend beeinflussen parastomale Hernien erheblich die Lebensqualität der Patienten negativ. Faktoren welche eine PSH Bildung begünstigen sind im folgenden Abschnitt aufgezeigt.

2.3. Ursachen und Risikofaktoren zur Entstehung einer PSH

Nach der Stomabildung durch den chirurgischen Schnitt entsteht eine potenzielle Schwäche innerhalb der Bauchmuskeln. Sind die Bauchmuskeln wenig trainiert und gefördert in ihrer Funktion, können sie dem intraabdominellen Druck wenig gegenhalten und Hernien können entstehen. Je nach Art des Stomas gibt es unterschiedliche Ausprägungen der Hernien. Patienten mit einem Stoma am Kolon haben ein erhöhtes Risiko einer PSH gegenüber anderen Stomaanlagen. Das Risiko liegt hier bei 18-40 %. Patienten mit einem Stoma am Dünndarm haben vergleichsweise ein Risiko einer PSH von 9-22%.

Eine PSH kann bei einem Missverhält-

nis zwischen Druckbelastung und Stabilität der Bauchwand entstehen. Der Bauchinnendruck ist im Verhältnis zur Bauch- wandfestigkeit zu groß. Die Faszienlücke im Bereich des Stomadurchtritts kann durch Erhöhung des Bauchinnendrucks erweitert werden oder ist operativ schon zu groß gewählt. Darmanteile können durch diese Lücke hindurchtreten. Weitere Ursachen sind die unzureichende Ausheilung und Festigung des Gewebes mit dem Narbengewebe der Stomaöffnung, häufige Wundheilungsstörungen, Wundinfektionen und Blutungen. Allgemeine Risikofaktoren, welche zur Entstehung einer PSH führen können, sind das Lebensalter des Patienten, Adipositas, Diabetes, zu frühe und zu starke Belastung der Bauchdecke, Bindegewebsschwäche, Bauchmuskelatrophien, hoher intraabdomineller Druck (durch starke Gewichtszunahme, Tumorrezidive, Husten), chronischer Husten, COPD, Ste-roidtherapie, schlechter Allgemein- und Ernährungszustand, Rau-

chen und Alkohol.

18

Die meisten Faktoren schwächen das Gewebe und begünstigen, dass eine Narbe nach einem chirurgischen Eingriff nicht richtig verheilt und das Stoma nicht richtig in die Bauchwand einwachsen kann.

2.4. Therapie von PSH

Bei Hernien, ohne weitere Beschwerden, kann unterstützend für die Bauchdecke eine Stomabandage getragen werden. Die Stomabandage kann eine Hernie nicht heilen, sondern nur eine gewisse Unterstützung auf die äußere Bauchdecke geben. Die Anpassung dieser Bandagen muss durch den Stomatherapeuten erfolgen. Um Leckagen am Stoma vorzubeugen soll die PE SKW das Stomaversorgungsmaterial in regelmäßigen Abständen überprüfen und bei Bedarf muss es neu angepasst werden. Bei ausgeprägten Hernien kann eine Re-Operation mit einer Herniotomie erfolgen. Dies ist der Fall, wenn im Bruchsack der Darm in seiner Mobilität und im Darmlumen eingeengt ist, die Durchblutung des Darms unterbunden wird und dadurch eine Darmischämie entsteht. Auch große parastomale Hernien erfordern eine Operation, da die Bruchpforte und der Bruchsack entsprechend groß sind und entsprechend viel Darmanteil enthalten sein kann. Die Operation soll den vorgefallenen Bauchinhalt wieder zurückverlagern, die Leckage verschließen und vor einem erneuten Bruch schützen. Nicht jede ausgeprägte Hernie kann operativ versorgt werden, Risiko und Nutzen muss für den Patienten sorgfältig abgewogen werden.

3. Hernien-Prophylaxe

Das Wohlbefinden von Patienten mit einer PSH kann sich physisch wie psychisch sehr negativ entwickeln und die Lebensqualität stark beeinträchtigen. Es spielt keine Rolle, ob das Stoma temporär oder endständig angelegt wurde. Das Risiko einer PSH soll für alle Stomapatienten bestmöglich minimiert werden.

3.1. Allgemeine PSH Prophylaxe

Eine wichtige Maßnahme der Prophylaxe einer PSH ist die ausgewählte

Operationstechnik. Das Stoma wird in den Muskulus rectus abdominie eingenäht. Die richtige Auswahl des Faszienausschnittes (nicht zu groß) und Lokalisation wird durch den Operateur getroffen. Das Ziel ist eine spannungsfreie Darmausleitung durch eine maximal zwei Querfinger breite Bauchdeckenöffnung. Dabei muss auf vorgeschädigte Bauchdeckenareale (Narben), auf ausreichend Abstand zum Nabel, dem Rippenbogen und Darmbeinkamm geachtet werden. Eine weitere Prophylaxe wird in den Richtlinien der European Hernia Society zur Vorbeugung und Behandlung von PSH aus dem Jahr 2019 empfohlen: "... ein prophylaktisches synthetisches, nicht resorbierbares Netz bei der Anlage eines elektiven permanenten endständigen Kolostoma zu verwenden, um die Inzidenz parastomaler Hernien zu reduzieren." Jedoch besteht "...keine Empfehlung für die Verwendung eines prophylaktischen Netzes bei Ileostomie und Ileumconduit-Stoma." Die operativen Methoden allein verhindern keine Hernienbildung. Der Patient muss selber aktiv seinen täglichen Beitrag für die Prävention leisten. Faktoren, welche die Prävention unterstützen und welche der Patient selber beeinflussen kann, sind in einer langjährigen Studie aus Irland von Thomson und Trainor "Parastomal hernia: incidence, prevention and treatment strategies" aus den Jahren 2005/2007 gesichert. Diese Ergebnisse sind folgend aufgezeigt.

- Führung einer gesunden Lebensweise
- Vermeidung von schwerem Heben in den ersten drei bis 12 Monaten postoperativ
- 3. Einhaltung eines Body-Mass-Index von 20-25
- 4. Die kontinuierliche gezielte Ausübung von Bauch- und Rumpfmuskelstabilisierung nach Abheilung der Wunde
- 5. Jederzeit eine gute aufgerichtete Körperhaltung einnehmen
- Das Tragen einer angepassten Stomabandage
- 7. Das Stützen des Bauches während des Hustens in den ersten Monaten.

"Die Ergebnisse der Studie zeigten eine statistisch signifikante Reduktion bei der Inzidenz parastomaler Hernien nach der Einführung eines Präventionsprogrammes. Im ersten Jahr wur-

den 87 Patienten ohne Einführung in das Präventionsprogramm rekrutiert, 28 % der Patienten entwickelten eine parastomale Hernie. Im zweiten Jahr wurden weitere 114 Patienten rekrutiert, von denen entwickelten 14 % eine parastomale Hernien, diese Patienten waren über das Präventionsprogramm aufgeklärt worden. Im dritten Jahr wurden weitere 99 Patienten in das Präventionsprogramm rekrutiert und 17 % entwickelten eine parastomale Hernie, jedoch gaben 7 % dieser Gruppe zu, sich nicht an das Programm gehalten zu haben... Die Gesamtinzidenz der parastomalen Hernie im Jahr 1 betrug 28 % (24/87), was in etwa der in der Literatur berichteten Inzidenz entspricht. Im Jahr 2, nach der Einführung des Programms, war die Inzidenz auf 14 % (16/114) gesunken."

3.2. Mobilisation und Bewegung in Bezug auf die Prävention der PSH

In der Studie von Thomson und Trainor wird die kontinuierliche gezielte Ausübung von Bauch- und Rumpfmuskelstabilisierung empfohlen. Gestärkte Bauchmuskeln können dem Missverhältnis zwischen Druckbelastung und Stabilität der Bauchwand entgegenhalten. Die Mobilisation der Patienten nach abdominellen Eingriffen soll anfangs auch den Fokus auf die Entlastung der Bauchdecke haben. Stomaträger belasten durch die Erhöhung des Bauchinnnendrucks (z. B. Husten, Niesen, schweres Heben, Sit up-Übungen, Verwendung von Bettgalgen) die frisch operierte Bauchdecke und die Durchtrittspforte des Stomas. Die Mobilisation muss schrittweise und unter Beachtung der Wundheilungsphasen erfolgen.

3.3. Wundphasengerechte Mobilisation

Die Wundheilungsphasen werden in drei Phasen eingeteilt. Die Entzündungsphase mit vaskulärer und zellulärer Phase, die Proliferationsphase und die Umbauphase mit Konsolidierungs- und Reifungsphase. Es ist wichtig das verletzte und regenerierende Gewebe, während aller Phasen angepasst zu belasten und entlasten. Während der Entzündungsphase, welche ca. bis zum fünften postoperativen Tag geht, soll auf die Wunde wenig Zug,

Druck und Dehnung erfolgen. Ab dem sechsten bis zum 21. postoperativem Tag, der Proliferationsphase, sollen parallele Bewegungen, wie Sit-ups, starke Dehnungen und Streckungen vermieden werden. Währen der Konsolidierungsphase, bis zum 60. postoperativen Tag, ist die Belastbarkeit des Gewebes deutlich erhöht. Eine vollständige Ausheilung ist bis zum 360. Tag, der Umbauphase, erreicht. Das zelluläre Gewebe hat sich zu einem normalen kollagenen Bindegewebe umgebaut. Je nach Wohl befinden, Anamnese und klinischem Verlauf kann sich der Patient vollständig belasten.

3.4. Stufenweise Mobilisation nach einer Stomaanlage

Durch Bewegung kann das physische und psychische Wohlbefinden, das Selbstvertrauen in den eigenen Körper und die Rehabilitation verbessert werden. Dies fördert die Genesung positiv und kann die Einstellung zum Stoma und das Leben mit einem Stoma positiv unterstützen. Bei aller Bewegung soll das Gleichgewicht zwischen Ruhephasen und körperlicher Aktivität gut eingehalten werden. Jeder Patient soll nach seinen körperlichen Möglichkeiten die eigene Mobilisation beginnen und allmählich kontinuierlich steigern. Der Beginn ist immer individuell zu gestalten. Prinzipiell kann die Mobilisation nach der Operation sofort beginnen. Um Fehlbelastungen der Bauchmuskulatur zu vermeiden, soll die Anleitung durch Physiotherapeuten, geschultes Fachpersonal wie Stomatherapeuten und Pflegefachkräften erfolgen. In den ersten Wochen nach der Stomaanlage sind gezielte Bewegungsschemen zu beachten. Dazu zählen bauchdeckenschonende Bewegung, geeignetes sanftes Rumpf- und Bauchmuskeltraining, Beweglichkeits-, Gleichgewichtsund Koordinationsübungen. Eine Fehlbelastung und Überlastung der Bauchgegend kann durch schweres Heben und Tragen, durch Stoß- Dreh- und Ziehbewegungen und durch ausgeprägte Sit-up-Übungen aus dem Liegen heraus ausgelöst werden. Als Beispiele sind hier das Tragen und Bewegen von schweren Gegenständen von mehr als fünf Kilogramm, abrupte Stoß- und Drehbewegungen vor

das Hochziehen des Körpers um aufzustehen) zu nennen. Bezugnehmend auf die Studie von Thompson und Trainor "Parastomal hernia: incidence, prevention and treatment strategies" sind folgende Punkte zur körperlichen Aktivität nachweislich für die Prävention einer PSH gesichert: "Jederzeit eine gute Körperhaltung einnehmen und gezielte Übungen zur Bauch- und Rumpfstabilisierung bereits bei der Entlassung durchführen, wenn die Wunde vollständig verheilt ist."

4. Bewegungsabläufe zur Entlastung der Bauchwand und Minderung des intraabdominellen Druckes

Der intraabdominelle Druck soll so gering wie möglich gehalten werden, um die Bauchwand und den unteren Bauchraum nicht so stark zu beanspruchen. Unterstützend sind hierbei das kontrollierte Aufstehen und Hinlegen aus dem Bett, sowie der Positionswechsel aus dem Sitzen, das Niesen und Husten. Diese alltäglichen Bewegungen sollen direkt postoperativ wie beschrieben ausgeführt und beibehalten werden.

4.1. Das Aufstehen und Hinlegen aus dem Bett

Das Aufstehen und Hinlegen aus dem Bett soll kaudale Schubkräfte und das Atempressen vermeiden. Weiter soll es vor Überbelastung der Bauchdecke, des Beckenbodens und der Wirbelsäule schützen. Das Aufstehen aus dem Bett wird für den Patienten die erste bewusste aktive Mobilisation nach der Operation sein. Daher ist es äußerst wichtig, dass die Anleitung und Unterstützung durch geschultes Personal (Physiotherapeuten, Stomatherapeuten, Pflegefachkräfte) erfolgt.



Abb.1 (Foto: K. Affa)

Das Thema Mag Si* Nr. 89 · 08/2022 19

allem des Rumpfes (z. B. Staubsaugen,



Abb.2 (Foto: K. Affa)



Abb.3 (Foto: K. Affa)

Das Aufstehen aus dem Liegen, darf zum Schutz des Stomas nicht über die Stomaseite ausgeübt werden. Das Stoma soll möglichst wenig direkten Druckbelastungen ausgesetzt sein. Vorgehen: Den Körper nahe zur Bettkante bringen (Abb.1). Die Füße hüftbreit vor dem Gesäß aufstellen (Abb. 2). Den Körper auf die Seite drehen (Abb. 3). Die Beine aus dem Bett schieben (Abb. 4). Mit dem Ellenbogen und der anderen Hand einen leichten Druck auf die Matratze geben und zum Sitzen kommen (Abb. 5 und 6). Während des Aufstehens ausatmen und die Bauchmuskulatur sanft anspannen. Das Hinlegen erfolgt dann in umgekehrter Reihenfolge wie das Aufstehen. In der Klinik wird der "Bettgalgen" nicht verwendet und ist idealerweise nicht am Bett vorhanden.



Abb.4 (Foto: K. Affa)



Abb.5 (Foto: K. Affa)

20



Abb.6 (Foto: K. Affa)

4.2. Das Aufstehen aus dem Sitzen am Bettrand

In der Bewegung vom Sitzen in den Stand bedarf es eines kontrollierten Ablaufes. Durch die Beinkräftigung wird die Körperbalance gefördert. Vorgehen: Den Körper weit an die Bettkante bringen, die Füße hüftbreit auf den Boden unter die Knie aufstellen (Abb. 7). Die Hände zum leichten Abstützen auf die Knie legen (Abb. 8). Der Oberkörper ist gerade aufgerichtet und wird leicht nach vorne gebeugt (Abb. 9). Die Bauchmuskulatur dabei leicht anspannen und ausatmend das Gewicht auf die Füße bringen und langsam in den aufrechten Stand kommen (Abb. 10 und 11). Möglichst keine Hilfsmittel zum Hochziehen nutzen.

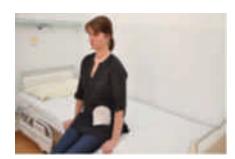


Abb.7 (Foto: K. Affa)



Abb.8 (Foto: K. Affa)



Abb.9 (Foto: K. Affa)



Abb.10 (Foto: K. Affa)



Abb.11 (Foto: K. Affa)

4.3. Das Niesen und Husten

Nach operativen Eingriffen haben Patienten mit einer Intubationsnarkose oftmals einen Reizhusten. Beim Husten und Niesen wird nachfolgend der Bauchraum stark belastet. Durch folgende Berücksichtigung beim Husten und Niesen kann die Bauchmuskulatur mit eingesetzt und der intraabdominelle Druck vermindert werden. Vorgehen: Beim Husten und Niesen soll die Wirbelsäule aufgerichtet sein und eine Hand stabilisierend an das Stoma angelegt werden. Den anderen

Arm angewinkelt in Schulterhöhe anheben und nach hinten oben über die Schulter in die Ellenbeuge Husten/ Niesen (Abb. 12).



Abb.12 (Foto: K. Affa)

4.4. Aufrechte Körperhaltung

Ferner zeigten Thomson und Trainor in ihrer Studie auf, dass die aufgerichtete Körperhaltung zur Prävention von PSH wichtig ist. Patienten nehmen häufig nach Operationen eine gebückte Haltung ein. Grund hierfür können Schmerzen im Wundbereich sein. Daher soll auf eine Analgetikatherapie vor der Mobilisation geachtet werden. Prinzipiell soll eine gerade aufgerichtete Körperhaltung statt einer gebückten Position eingenommen werden. Dies verbessert die Atmung und kräftigt die Rücken-, Bauch- und Beckenbodenmuskulatur. Auch direkt nach einer Operation soll auf diese gerade aufgerichtete Körperhaltung geachtet werden, dadurch wird die Bauchdecke entlastet.



Richtig Abb.13 (Foto: K. Affa)



Falsch Abb. 14 (Foto: K.Affa)

4.5. Verhalten beim Toilettengang

Auch das Verhalten auf der Toilette muss bedacht und richtig ausgeführt werden.

Zur Entleerung der Blase muss dringend das Pressen, Luftanhalten und Nachdrücken vermieden werden. Würde dies nicht beachtet, wird der intraabdominelle Druck stark erhöht und die Bauchdecke dadurch belastet. Unterstützend für eine gute Blasenentleerung ist eine aufgerichtete Körperhaltung, keine gebeugte Haltung einnehmen. Zur vollständigen Blasenentleerung, am Ende der Miktion, kann das Becken vor und zurück geschaukelt werden. Bei der Darmausscheidung (meist bei Colostomie) sollten Obstipationen gemieden werden, da diese die Bauchdecke und den Beckenboden belasten können.

4.6. Das Anheben und Aufheben von Gegenständen



Abb.15 (Foto: K. Affa)



Abb.16 (Foto: K. Affa)



Abb.17 (Foto: K. Affa)

Das Anheben und Tragen von Gegenständen sind alltägliche Tätigkeiten und werden automatisch ausgeführt. Um eventuelle Fehlbelastungen der Bauchmuskulatur in den Bewegungsabläufen erkennen und korrigieren zu können, ist eine gezielte Anleitung von Fachpersonal nötig. Ziel dieser angeleiteten Bewegungsabläufe ist die Vermeidung von kaudalen Schubkräften und von Atempressen. Der intraabdominelle Druck soll sehr gering gehalten werden. Vorsichtiges kontrolliertes Heben ist sehr wichtig. Gewichte sollen in den ersten vier Wochen nach der Operation so gewählt werden, dass diese nicht mehr als fünf Kilogramm wiegen. Im weiteren zeitlichen Verlauf dürfen die Gewichte nicht mehr als 10 kg wiegen. Besser mehrmals Heben/Bücken, denn dies stabilisiert die Muskulatur. Auch leichtere Gegenstände wie Wasserflaschen, Wasserkocher, Kosmetiktaschen und Handtaschen müssen wie folgt angehoben werden.

Vorgehen: Den Gegenstand nahe zum Körper bringen (Abb. 15). Mit beiden angewinkelten Armen (nicht gestreckten Armen) den Gegenstand nahe am Körper entlang anheben (Abb. 16 und 17). Dabei soll die Bauchmuskulatur sanft angespannt werden und der Rücken gerade aufgerichtet sein. Ist der Gegenstand mit einer Hand greifbar, kann die andere Hand auf dem Tisch/Arbeitsplatte abge- stützt werden. Während des Anhebens des Gegenstandes ausatmen.



Abb.18 (Foto: K. Affa)



Abb.19 (Foto: K. Affa)

Das Thema Mag Si[®] Nr. 89 · 08/2022 21



Abb.20 (Foto: K.Affa)



Abb.21 (Foto: K.Affa)

Vorgehen: Den Körper und den Gegenstand nahe zusammenbringen und die Beine hüftbreit aufstellen (Abb.18). Mit geradem Rücken in die leichte Kniebeuge gehen (Abb. 20). Das Steißbein nach hinten schieben und beim Ausatmen den Gegenstand nahe am Körper entlang anheben (Abb. 21).



Abb.22 (Foto: K. Affa)



Abb.23 (Foto: K. Affa)

22

Gegenstände, welche am Boden liegen, immer nahe zum eigenen Körper bringen. Die Füße breit aufstellen. Den Rücken gerade halten, in die Kniebeuge gehen und das Gesäß nach hinten schieben (Abb. 22).

Tief ausatmen während der Gegenstand nahe am Körper entlang ange-

hoben wird (Abb. 23). Der Rücken bleibt in der Wirbelsäule gerade.

5. Übungen zur Stabilisierung des Rumpfes und Stärkung der Bauchmuskulatur

Ergänzend zur Minderung des intraabdominellen Druckes ist die Stärkung der Bauch- und Rumpfmuskulatur bedeutend. Die gesamte Bauch- und Rumpfmuskulatur hält die Wirbelsäule und das Becken stabil. Eine stabile Rumpfmuskulatur bedeutet eine stabile Körpermitte, somit können Bewegungen sicherer ausgeführt werden. Die Bauchmuskeln sind für eine gesunde, aufrechte Haltung und das Bewegen des Rumpfes wichtig. Sarah Russell aus England hat ein Präventionsprogramm, me+™ recovery" speziell für Stomaträger mit dem Fokus Hernienprophylaxe entwickelt. Sie hat gezielte Übungen zur Stärkung der Bauch- und Rumpfmuskulatur aufgezeigt. Einige Übungen sind aus diesem Programm übernommen. Ziel dieser Übungen ist die Rehabilitation nach einer abdominellen Operation mit einer Stomaanlage frühestmöglich zu beginnen, das Selbstbewusstsein und das Wohlbefinden des Patienten zu stärken, seine Beweglichkeit, seine Gleichgewichtskoordination zu unterstützen und die Bauchmuskeln nach der Operation zu stärken. Gestärkte, trainierte Bauchmuskeln mindern das Risiko einer PSH. Dieses Training und die Bewegungsabläufe können je nach Wohlbefinden des Patienten und nach Rücksprache mit dem Operateur ab dem fünften postoperativen Tag durchgeführt und mehrmals täglich geübt und in den Alltag eingebaut werden. Die Übungsfrequenzen obliegen dem Patienten. Doch um effektiv zu üben, sollen die Übungen drei- bis fünfmal täglich ausgeführt werden. Die Frequenzen der einzelnen Übungsabläufe sollen am Anfang bei drei- bis fünfmal liegen. Je nach Kondition und Wohlbefinden des Patienten können die Übungsein-

5.1. Übung zum Ein- und Ausatmen in sitzender Position

heiten individuell gesteigert werden.

Zudem können durch das gezielte Ein- und Ausatmen die Bauch-Rückenund Beckenbodenmuskulatur gestärkt werden.

Vorgehen: Aufrecht auf einen Stuhl setzen, den Rücken anlehnen. Beginnend durch die Nase tief einatmen und durch den Mund ausatmen. Langsam einatmen und vorsichtig während des langsamen Ausatmens die tiefen Bauchmuskeln für eins bis zwei Sekunden anspannen. Eine Hand auf den unteren Bauch ablegen, die andere Hand auf das Brustbein legen. Tief durch die Nase langsam einatmen, der Bauch wölbt sich, weiter einatmen, das Brustbein hebt sich. Weiter einatmen, und die Schultern gehen zu den Ohren. Dann langsam durch den Mund ausatmen. Die Schultern sinken lassen, das Brustbein senkt sich, der Bauch senkt sich. Nach einer kurzen Pause die Übungen mehrmals wiederholen.

5.2. Die Beckenschaukel

Durch die Übung der "Beckenschaukel" wird die Bauch- und Rumpfmuskulatur aktiviert und gestärkt. Vorgehen: Auf den Rücken legen. Die Beine sind angewinkelt. Die Füße vor das Gesäß hüftbreit aufstellen (Abb. 24). Den unteren Rücken sanft nach unten (Bett, Boden) drücken und das Becken Richtung Brust bewegen (Abb. 25). Die Bauchmuskulatur sanft anspannen, dabei nicht den Druck über die Füße geben. Diese Position für zwei Sekunden halten und wieder langsam in die Ausgangsposition zurückkehren. Mehrmals diese Übung in sanften und langsamen Bewegungen ausführen.



Abb.24 (Foto: K.Affa)



Abb.25 (Foto: K.Affa)

5.3. Die Knierolle

Eine leicht durchführbare Übung ist die Knierolle. Durch dieses Training

werden die Bauchmuskeln gestärkt und die Beweglichkeit des unteren Rückens und der Hüfte gefördert. Vorgehen: Mit angewinkelten Beinen auf den Rücken legen. Die Füße vor das Gesäß hüftbreit aufstellen (Abb. 25). Die Atmung verläuft normal. Sanft die tiefen Bauchmuskeln für einige Sekunden anspannen. Die Knie sanft zur Seite rollen, die Schultern dabei sanft Richtung Bett/Boden drücken (Abb. 27). Diese Übung in kleinen sanften langsamen Bewegungen ausführen. Die Knie zur Mitte nehmen und die Seiten wechseln. Leicht von einer zur anderen Seite rollen (Abb. 28). Zwischen den Drehungen eine kurze entspannte Pause einlegen.



Abb.26 (Foto: K.Affa)



Abb.27 (Foto: K.Affa)



Abb.28 (Foto: K.Affa)

5.4. In der Sitzposition einen Arm heben



Abb.29 (Foto: K.Affa)



Abb.30 (Foto: K.Affa)

Eine im Sitzen auszuführende Übung ist das wechselseitige Anheben eines Armes. Gleichwohl wird die Beweglichkeit im Rumpfbereich gefördert und die Bauchmuskulatur aktiviert. Vorgehen: Aufrecht an die Bettkante/ Stuhlkante setzen. Die Füße fest am Boden hüftbreit aufstellen. Beide Hände entspannt auf die Knie ablegen (Abb. 29), dabei soll die Bauchmuskulatur leicht für einige Sekunden angespannt werden. Einen Arm langsam gerade ausgestreckt anheben, die Schultern gesenkt lassen (Abb. 30). Die Position zwei Sekunden anhalten. Den Arm langsam wieder auf das Knie ablegen und die Bauchmuskulatur entspannen. Langsame sanfte wechselseitige Übungen durchführen. Der Atem geht normal weiter.

6. Schaukelbewegung im Stehen

Durch die im Stehen ausgeführte Schaukelbewegung wird die Beweglichkeit unterstützt und die Kontrolle der Körperbalance gefördert. Vorgehen: Mit geschlossenen Beinen aufrecht aufstellen. Mit einem Fuß einen Schritt nach vorne gehen in eine Schrittstellung (Abb. 31). Das Körpergewicht auf beide Füße verteilen. Die tiefen Bauchmuskeln sanft für einen Bewegungsablauf anspannen. Leichte Schaukelbewegung nach vorne und hinten (Abb. 32), wobei das Gewicht von einem Fuß auf den anderen verlagert wird. Die Ferse des hinteren Fußes hebt sich dabei vom Boden ab, wenn die Bewegung nach vorne geht. Die Zehen heben sich vom Boden ab, wenn die Bewegung nach hinten geht.



Abb.31 (Foto: K.Affa)



Abb.32 (Foto: K.Affa)

6.1. Beckenschaukel im Stehen

Eine weitere Übung ist die Beckenschaukel. Dieses Training dient der Stärkung der Bauch- und Rumpfmuskulatur

Vorgehen: Die Hände auf einer Ablage ablegen. Die Füße hüftbreit aufstellen (Abb. 33). Die tiefen Bauchmuskeln leicht anspannen und das Gesäß langsam nach vorne schieben. Der untere Rücken wölbt sich etwas (Abb. 34). Die Bauchmuskeln bleiben angespannt und das Gesäß wieder zurückschieben.



Abb.33 (Foto: K. Affa)



Abb.34 (Foto: K. Affa)

7. Aktiv werden und bleiben, vor und nach der Operation

Wenn nach einer Operation die Mobilisation von Patienten schleppend beginnt und die körperliche Aktivität sehr wenig durchgeführt wird, kann sich die Muskelmasse innerhalb weniger Tage stark reduzieren. Es dauert bei regelmäßigem Training dann wiederum einige Wochen, um den Verlust der Muskelmasse aufzubauen. Aus diesem Grund wird empfohlen, sportliche

Das Thema Mag Si* Nr. 89 · 08/2022 23

tion aufzubauen und somit die Muskeln zu stärken und stabil zu halten. Patienten mit einer geplanten OP im kleinen Becken sollten präoperativ zur Beckenbodentherapie, um schon frühzeitig den Beckenboden zu trainieren und gezielte Mobilisationsübungen dazu zu erlernen. Die Patienten profitieren immer "im gesunden nicht operierten Zustand" zu üben und sich wahrzunehmen. Durch Bewegung wird das Herz-Kreislauf-System angereat und die Atmuna verbessert und somit das Immunsystem aktiviert. Die Bewegungen und das körperliche Training sorgen dafür, dass der Körper eine Erkrankung besser bewältigen kann. Für Patienten mit einer geplanten Stomaanlage sind daher gezielte Bauch- Rumpf- und Beckenbodenmuskulaturübungen eine gute Vorrausetzung für eine Bauchoperation. Die gezielten Bewegungsabläufe und Übungen, welche erlernt und ausgeführt werden, unterstützen Patienten in ihrer präoperativen Vorbereitungsphase. Nach einer Operation muss die Mobilisation schrittweise so früh als möglich wiederbeginnen. Der frühe Trainingsbeginn und die kontinuierliche Weiterführung der Übungen zur Stärkung der Bauch- und Rumpfmuskulatur und Bewegungsabläufe zur Minderung des intraabdominellen Drucks erhöhen die Erfolgsquote. Im weiteren Rehabilitationsverlauf ist nach Rücksprache mit dem Chirurgen und dem Physiotherapeuten eine Erweiterung der Trainingseinheiten und somit ein abwechslungsreicherer Übungsplan möglich. Die Schulung in der Klinik ist eine wichtige Maßnahme, doch wie geht es im Alltag dann weiter. Für den ambulanten Bereich kann der Patient fachkundige Hilfe über zertifizierte Physiotherapeuten im Bereich der Beckenbodentherapie erhalten. Eine Bundesweite Übersicht der Beckenbodentherapeuten gibt es über die "ag-ggup.de". Die Verordnungen werden in der Regel über den Hausarzt ausgestellt. Auch für Patienten mit einer temporären Stomaanlage ist die Teilnahme am Beckenbodentrai- ning prä- und postoperativ essentiell. Als Stomatherapeuten kennen wir die Komplikation nach der Stomarückverlegung, die Stuhlinkontinenzstörungen LARS und die damit geminderte Lebensqualität der Patienten. Daher auch hier wichtig, Prävention durch

Aktivitäten vor einer geplanten Opera-

Training. Die körperliche Konditionierung kann auch durch ausgedehnte Spaziergänge, Nordic Walking, Radfahren, Wandern, Tanzen, Schwimmen gesteigert werden.

Eher ungünstige Sportarten für die ersten Monate postoperativ sind Joggen, Trampolin springen, Rudern, Squash, Tennis, Ballsportarten und Kampfsport. Diese Aktivitäten bilden ein erhöhtes Sturz- und Verletzungsrisiko und abrupte Stoppbewegungen belasten die zudem die Bauchdecke. Bei allen Aktivitäten, Training und Sport ist die Balance zwischen Anstrengung und Ruhephasen wichtig. Der Körper braucht beide Aspekte, um genesen zu können und gesund zu sein.

8. Mögliche Aufgaben des interdisziplinären Teams im Krankenhaus

Welche Aufgaben an das interdisziplinäre Team, also der Stomatherapeuten, der Pflegefachkräfte und der Physiotherapeuten im Krankenhaus zur Thematik Prävention von parastomalen Hernien gestellt werden, zeigt eine Studie aus England aus dem Jahr 2016. "Eine große landesweite Umfrage (2631 Befragte), untersuchte die körperliche Gesundheit und das Wohlbefinden von Menschen mit Stoma in Großbritannien. Es berücksichtigt insbesondere die Befunde im Zusammenhang mit der parastomalen Hernie. In dieser Umfrage gaben 26 % der Befragten an, dass sie eine medizinisch diagnostizierte parastomale Hernie haben, was im Vergleich zu anderen Schätzungen unter dem Durchschnitt liegt. Der Einfluss der parastomalen Hernie auf das Ausmaß der körperlichen Aktivität war die bedeutendste Erkenntnis: 32 % der Personen mit einer medizinisch diagnostizierten Hernie gaben an, ,viel weniger aktiv' zu sein als vor der Operation (im Vergleich zu 19 % ohne Hernie). ... Klinische Richtlinien besagen eindeutig, dass die Patienten über Übungen zur Stärkung der Kernmuskulatur als Teil der Hernien Prävention informiert werden sollten, aber 88 % der Patienten machen keinerlei Bauch- oder Kernübungen. Bei der Befragung erkannten 69 % der Patienten nicht, dass dies wichtig ist, und 82 % der Patienten konnten sich nicht daran erinnern, dass ihnen als Teil ihrer Genesung geraten wurde, Bauchmuskelübungen

durchzuführen. Es besteht eine erhebliche Lücke in der Patientenversorgung hinsichtlich der Beratung zu körperlicher Aktivität, Kernübungen und Bauchmuskelübungen sowie der Prävention und Behandlung von Hernien nach der Stoma-Chirurgie. Dies ist ein Bereich, der dringend mehr Forschung und Ausbildung für Patienten und alle Angehörigen der Gesundheitsberufe benötigt".

Diese Studie wurde in England durchgeführt und dort gehört die Mobilisation zum Tätigkeitsbereich der Pflege. Physiotherapeuten sind weniger als in Deutschland in den Kliniken tätig. Doch nach meiner Einschätzung würde das Ergebnis für Deutschland keine großen Abweichungen ergeben. Daher sollten auf Grundlage dieser Studie die Beratungspunkte für die Patienten mit einem Stoma in Bezug auf körperliche Aktivität und Lebensweise als Aspekt der Prävention einer PSH erweitert werden. Grundvoraussetzung ist hier die Zusammenarbeit von Physiotherapeuten, Stomatherapeuten und Pflegefachkräften. Alle beteiligten Berufsgruppen sollten zu diesem Thema geschult werden und den Patienten in all seinen Mobilisationsphasen unterstützen und beraten können. Die gezielten Informationen hierzu können bereits im Rahmen der präoperativen Aufklärung angesprochen werden. Ein konsiliarischer Besuch im Rahmen dieser Vorbereitung durch einen Stomatherapeuten ist durch die durchzuführende Stomamarkierung meist gegeben. Zusätzlich wäre ein Konsil durch einen Physiotherapeuten für die physiologische Anamnese dienlich. Die Aufmerksamkeit soll darauf liegen, was kann der Patienten an körperlichen Aktivitäten ausüben und wie bewegt er sich gezielt beim Aufstehen aus dem Liegen, aus dem Sitzen, wie ist seine Körperhaltung und wie verhält er sich beim Husten und Niesen. Ist der Status erstellt, können individuelle Bereiche der Bewegung besprochen und angeleitet werden. Die Anleitungen sollen zu der Thematik Stärkung der Bauch- und Rumpfmuskulatur und zur Minderung des intraabdominellen Drucks zielführend sein. Daher sind ausgewählte Übungen, wie sie bereits ausführlich aufgezeigt wurden, für die Vorbereitung auf die Operation hilfreich. Patienten können sich so aktiv auf ihre Operation vorbereiten. Ein Informationsblatt mit

einigen Übungen und Erklärungen unterstützt die Patienten in dieser Vorbereitungsphase, Zudem sind alle geschulten Pflegefachkräfte, Physiotherapeuten und Stomatherapeuten in verschiedenen Funktionen an der Mobilisation der Patienten beteiligt und können postoperativ professionelle und schrittweise Unterstützung bieten. Dies fördert die Sicherheit und das Vertrauen der Patienten in ihrer Mobilisation. Dieser Hinweis benötigt personelle, zeitliche und räumliche Ressourcen. Die Situation inden Kliniken ist nicht immer optimal und die Ressourcen sind sehr knapp bemessen, es kann schwierig werden dies umzusetzen. Zudem sind nicht alle Patienten gleich. Jeder wird eine individuelle Anleitung zu den Übungen/Bewegungsabläufen benötigen und jeder Patient wird physisch und/oder psychisch unterschiedlich in der Lage sein, diese Übungen/Bewegungsabläufe in kurzer Zeit zu erlernen. Jedoch kleine Schritte führen auch zum Ziel und jede individuelle Anleitung wird sicherlich ein Schritt in eine gute Prävention und Rehabilitation sein.

9. Zusammenfassung/Fazit

Ich habe mich mit dem Thema körperliche Bewegung/Aktivität und parastomale Hernienbildung intensiv beschäftigt. Meine anfangs gestellten Fragen, "welche körperlichen Aktivitäten/Bewegungen unterstützen die Prävention von parastomalen Hernien" und "wie darf sich ein Patient nach einer Operation bewegen, um eine PSH-Bildung zu minimieren" habe ich auf Grundlagen von Publikationen beantworten können. Leider liegt zu diesem Thema wenig Literatur vor, obwohl die Hernien-Bildung bei Stomapatienten zu den häufigsten Komplikationen zählt und eine Hernie die Lebensqualität der Patienten erheblich beeinträchtigen kann. Verschiedene Faktoren begünstigen eine PSH Bildung. Dazu zählen das Lebensalter des Patienten, Adipositas, Diabetes, zu frühe und zu starke Belastung der Bauchdecke, Bindegewebsschwäche, Bauchmuskelatrophien, hoher intraabdomineller Druck, schlechter Allgemein- und Ernährungszustand, Rauchen, Alkohol und die richtige Operationstechnik hat einen sehr hohen Anteil an der Hernienprophylaxe. Dass die aktive Mitarbeit der Patienten

ebenso einen wichtigen Faktor einnimmt, zeigt sich in der Studie von Thomson und Trainor "Parastomal hernia: incidence, prevention and treatment strategies". Es werden sieben wichtige Empfehlungen aus dieser Studie an jeden Stomapatienten gerichtet.

- 1. gezielte Bauch- und Rumpfmuskulaturübungen ausführen
- 2. eine gesunde Lebensweise führen
- 3. schweres Heben in den ersten drei bis 12 Monaten postoperativ vermeiden
- 4. Body-Mass-Index von 20-25 einhalten
- 5. Jederzeit eine gute aufgerichtete Körperhaltung einnehmen
- 6. eine angepasste Stomabandage tragen
- 7. in den ersten Monaten den Bauch während des Hustens stützen.

Durch diese Maßnahmen können bis zu 14 % der parastomalen Hernienbildung vermieden werden. Die Ergebnisse aus der Studie von Thomson und Trainor zeigen ganz klar auf, dass die Mitarbeit der Patienten eine sehr große Rolle spielt. Eine gesunde Lebensweise, damit verbunden eine gesunde Ernährung, ausreichend Bewegung, Stärkung der Bauch- und Rumpfmuskulatur und Minderung des intraabdominellen Drucks, bilden eine positive Basis für die Rehabilitation und für den weiteren Verlauf für ein Leben mit einem Stoma. Die Aufgaben der Stomatherapeuten liegen in einer sehr guten Aufklärung zu der Thematik einer gesunden Lebensführung und der Information, warum diese so wichtig ist. Ich werde mit diesem erarbeiteten Wissen mein Beratungsfeld als Stomatherapeut in Zukunft deutlich erweitern. In meiner Beratung werde ich mehr Gewicht auf die Aufklärung zur körperlichen Bewegung und die aufgeführten Präventionsmaßnahmen zur PSH legen. Ein entsprechendes Informationsblatt mit Übungsanweisungen für die körperlichen Aktivitäten/Bewegungsabläufe habe ich auf Grundlage des Rehabilitationsprogrammes von Sarah Russel, me+™ recovery erstellt und es im Anhang dieser Arbeit beigelegt. Diese Bewegungen/Übungen sind sanfte leichte Bewegungsabläufe, welche in verschiedenen Positionen, wie im Liegen, im Sitzen und im Stehen ausgeführt werden können. Es bedarf keiner sportlichen Voraussetzungen, um diese Abläufe zu üben. Es ist erstaunlich, dass diese Trainingseinheiten und die gezielten Mobilisationsabläufe mit wenig Aufwand so gute Erfolge in der Druckminderung, der Muskulaturstabilisierung des Rumpfes, der Bauchdecke und des Beckenbodens aufzeigen. So wird es möglich sein für die meisten der Stomapatienten (außer schwerstkranke Patienten) individuell geeignete Übungen zu finden. Hier ist die Zusammenarbeit mit der Physiotherapie der Klinik sehr wichtig, da die Therapieansätze von ihr ermittelt werden müssen. Ich kann dann die Unterstützung nach Rücksprache bieten und den Patienten mit anleiten. Ein weiterer wichtiger Hinweis aus der Studie war für mich, dass Stomapatienten möglichst eine Stomabandage tragen sollen. Es wird empfohlen, bei schwerer Arbeit oder Hebearbeiten, nach drei Monaten postoperativ eine Stomabandage zu tragen. Dies habe ich bisher nicht so direkt den Patienten angeraten. Jedoch zu bedenken ist, dass es momentan noch keine gesonderte Studie gibt, die besagt, dass Patienten unter Stomabandagen, und diese sind in ihren Qualitäten nicht eindeutig zertifiziert, eine geringere Hernienentwicklung haben. Die Bandage stützt die Bauchdecke nur von außen und kann den Patienten "erinnern", dass er zu viel Bauchinnendruck mit der Bewegung auslöst. Die Hernie entsteht in der Tiefe, da kommt die Bandagenwirkung nicht annähernd hin, daher ist die Beratung für eine Bandage immer im Zusammenhang mit Druckminderung und Muskulaturstabilisierung zu betrachten. Aktuell haben Patienten mit einem Stoma einen jährlichen Anspruch auf die Erstattung von mindestens einer und maximal zwei Stomabandagen. Diese Bandage soll von einer PE SKW ausgemessen und angepasst werden. Im Rahmen des Entlassungsmanagements kann bereits ein Rezept für eine Bandage erstellt werden. Nach Rücksprache mit dem Operateur muss abgeschätzt werden, ob eine Indikation für eine Bandage gegeben ist. Am Klinikum in Erlangen wird dies bei Bauchdeckenspannung, bei angezeigter Wundheilungsstörungen und bei Verdacht auf eine Hernie angeordnet. Da ist die Rücksprache mit dem homecare Nachversorger wichtig, um den Zeitpunkt und die Verordnung einer Bandage zu besprechen.

Das Thema Mag Si* Nr. 89 · 08/2022 25

Eine weitere Empfehlung an Stomapatienten ist, den Body-Mass-Index bei 20-25 zu halten, iedoch darf auf keinen Fall eine Diät nach der OP in der Wundheilungsphase oder während laufender Therapien wie Chemo und Bestrahlung erfolgen. Ein Diätbeginn ist mit den Ernährungstherapeuten und dem Chirurgen abzusprechen. Während des stationären Aufenthal- tes erhalten die Patienten mit einem Ileostoma am Universitätsklinikum Erlangen eine Ernährungsberatung. Die Inhalte der Beratung sind gezielt auf die Vermeidung von faserhaltigen Nahrungsmitteln (Vorbeugung Ileus), auf eindickende Nahrungsmittel (Vorbeugung eines High output Syndrom) und die Zufuhr von isotonen Getränken gerichtet. Bei einer gut eingestellten Ernährung nehmen einige Patienten an Körpergewicht zu. Patienten mit einem Ileostoma haben meist eine breiigere, flüssigere Ausscheidung als Patienten mit einer Colostomie. Letztere Patientengruppe sind in der Regel nach einigen Wochen postoperativ wieder gut an ihre gewohnte Ernährung angepasst. Stuhlkonsistenz und Stuhlfrequenzen ähneln der Ausscheidung wie vor der Operation/Erkrankung. Meiner Ansicht nach sind Patienten mit einer Colostomie am ehesten die Patientengruppe, welche eine Ernährungsberatung/Diätberatung mit dem Fokus auf den Body-Mass-Index (20-25) benötigen, da Gewichtszunah-

men bei diesen Patienten häufiger vorliegen als bei Patienten mit einer lleostomie (je nach Grunderkrankung).

Jedoch prinzipiell sind alle Stomapatienten zu diesem Thema zu beraten und an eine Ernährungstherapeutin zu verweisen. Die Inhalte der Ernährungsberatung werde ich in diesem Punkt erweitern und auch an die zuständigen Ernährungstherapeuten des Klinikums weitergeben, damit im Bedarfsfall eine individuelle Beratung erfolgen kann. Welches Ziel verfolge ich in naher Zukunft noch? Meine Facharbeit soll als Grundlage für klinikinterne Fortbildungen dienen. Nach Rücksprache mit meiner pflegerischen und ärztlichen Leitung plane ich Fortbildungen für die Pflegefachkräfte am Universitätsklinikum Erlangen im Bereich Gynäkologie. Angedacht ist, dass diese durch einen Kollegen der Physiotherapie und meiner Person gehalten werden. Die Thematik soll sich speziell auf die postoperative Mobilisation beziehen. Hier ist gezielt das Aufstehen aus dem Bett, das Aufstehen aus dem Sitzen, das Verhalten bei Husten und Niesen, das Anheben von Gegenständen (z. B. Wasserflaschen) und die aufrechte Körperhaltung enthalten. Dies sind meiner Meinung nach die ersten wichtigen Informationen zur postoperativen Mobilisation an den Patienten mit einer Stomaanlage.

Ziel soll die Minderung des intraabdominellen Druckes und die Stärkung der Bauch- und Rumpfmuskulatur sein. Um korrekte Anweisungen und eventuelle Fehler in der Mobilisation erkennen zu können, sollen die beteiligten Berufsgruppen ausreichend geschult werden. Warum ist es so wichtig und worauf ist zu achten. Nur ausreichend geschultes Personal, auf der Grundlage von aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen, kann gezielte professionelle Hilfe und Unterstützung bieten. Mit diesen Schulungen erhoffe ich mir einen guten Start in eine interdisziplinäre Zusammenarbeit. Denn die gezielte Anleitung von körperlichen Aktivitäten und die Unterstützung der Patienten in ihren körperlichen Aktivitäten ist ein entscheidender Beitrag zur parastomalen Hernien Prophylaxe.

Autorin:

Katrin Affa Pflegeexpertin SKW Frankenwaldallee 35 91056 Erlangen Kontakt: katrin.affa@qmail.com

Literatur auf Anfrage bei der Autorin

Bilder:

Alle im Beitrag verwendeten Bilder sind in der Urheberschaft der Autorin. Jede Form der Verbeitung bedarf der vorherigen Genehmigung durch die Autorin.







Wohlfühlen in der eigenen Haut!

Geschützte Haut ist gesunde Haut. Die Dansac TRE™ Hautschutzplatte ist konzipiert, um den natürlichen pH-Wert der Haut am Stoma aufrechtzuerhalten. Dabei kann sie dank hoher Haftkraft für einen sicheren Halt sorgen. Ihr flexibles Design passt sich Ihren Bewegungen an – damit Sie sich in Ihrer Haut wohlfühlen können. Überzeugen Sie sich selbst und testen Sie den patentierten Dansac TRE™ Hautschutz!

Bestellen Sie gerne ein kostenloses Muster. Wir sind für Sie von Mo – Do: 8.00 Uhr – 17.00 Uhr, Fr: 8.00 Uhr – 16.00 Uhr erreichbar.

Telefon: 0800 / 888 33 88 (gebührenfrei) E-Mail: beratungsteam@dansac.com

Die Dansac TRE™ Technologie mit den drei Schutzwällen:



Sichere **Haftung**



Gute Feuchtigkeitsaufnahme



Ausgeglichene pH-Balance

Die vorliegenden Meinungen beziehen sich auf die abgebildeten Testimonials. Diese Meinungen sind repräsentativ für deren Erfahrungen, aber einzigartig und individuell für jede/n Anwenderln. Dieses Testimonial erhielt von Dansac eine entsprechendes Vergütung.

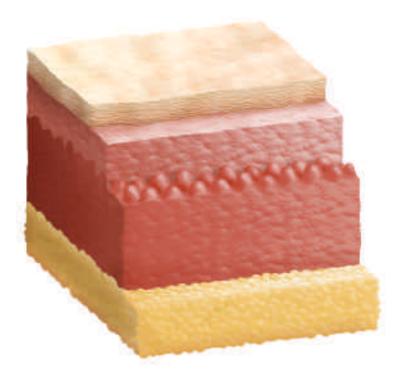
Lesen Sie vor der Verwendung die Gebrauchsanleitung mit Informationen zu Verwendungszweck, Kontraindikationen, Warnhinweisen, Vorsichtsmaßnahmen und Anleitungen. Dansac, das Dansac Logo, NovaLife und TRE sind Markenzeichen der Dansac A/S. © 2022 Dansac A/S

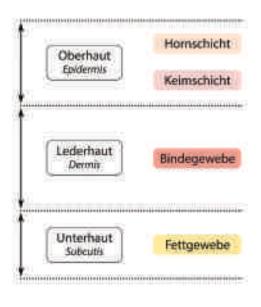


3ild: AdobeStock @ Peter Hermes Furian

Lunsere AU

Dieser Artikel stellt einen Überblick zu unserer Haut bereit und zeigt auf, was "die Haut" kann und wie sie Pflegende schützen können.





n unserem Alltag ist die Haut, als drittgrößtes Organ des menschlichen Körpers, häufig Umwelteinflüssen ausgesetzt, deren wir uns nicht oder nur am Rande bewusst sind.

Mit einer Größe von ca. 2 m² und einem Gewicht von etwa 3 – 4 kg (mit Fettgewebe ungefähr 20 Kilo) sowie einer Dicke, je nach Körperregion zwischen 1,5 bis 4 mm, bietet die Haut Schutz vor diesen Umwelteinflüssen. Unsere Haut ist im groben in 2 Areale oder auch Zonen unterteil, dabei unterscheidet sich die sogenannte Leistenhaut von der Felderhaut.

Die Leistenhaut befindet sich in den Handinnenflächen sowie an den Fuß-

28

sohlen und ist reich an sensorischen Nerven. Die Hautareale lassen sich nur schwer in Falten abheben und sind unbehaart.

Ein weiteres Merkmal sind die hier vermehrt vorkommenden Ausführungsgänge der Schweißdrüsen. In näherer Betrachtung der einzelnen Hautschichten beinhaltet die Leistenhaut eine dünne Schicht, die sogenannte Stratum Lucidum oder auch Glanzschicht genannt.

Die Felderhaut dagegen bedeckt den restlichen Bereich des menschlichen Körpers und hat im Gegensatz zur Leistenhaut eine gute Beweglichkeit, sie lässt sich leicht in Falten abheben und kann viel Fett einlagern. Bei genauerer Betrachtung sind 2 bis 4-rautenförmigen Felder (daher der Name), ersichtlich. Diese sind von den Hautanhangsgebilden wie Drüsen und, vor allem sichtbaren Haaren geprägt.

Der Aufbau der Haut in der Makroperspektive, besteht aus 3 Schichten:

- 1. der Oberhaut, lateinisch: Epidermis
- 2. der Lederhaut, lat.: Dermis
- 3. der Unterhaut, lat.: Subkutis

Die Epidermis besteht aus verschiedenen Schichten, die sich im Allgemeinen folgend von unten nach oben abbilden:

- 1. Basalmembran grenzt die Epidermis von der Dermis ab.
- 2. Basalschicht (Stratum basale) stellt eine einzelne Reihe von Hautzellen dar, die sich im Verlauf von ca. 28 Tagen an die äußerste Schicht der Hornschicht schiebt und dort dann abgeschelft wird. In dieser Schicht befinden sich auch die Pigmentzellen (Melanozyten) die je nach Sonneneinstrahlung (UV-Licht) und Dauer der Exposition unsere Hautfarbe bestimmen.
- 3. Stachelzellschicht (Stratum Spinosum), eine mehrlagige Schicht von in sich verzahnenden Hautzellen, die sich im weiteren Verlauf Ihrer Wanderung an die Oberfläche mit Keratin füllen und die eigentliche Funktion der Zellteilung verlieren.
- 4. Körnerzellschicht (Stratum Granulosum), besteht ebenfalls aus mehreren Hautschichtzellen, die bereits vollständig mit Keratin gefüllt sind und lediglich aus der Zellmatrix ohne weitere Funktion bestehen.
- 5. die Glanzschicht (Stratum lucidum), die nur in der Leistenhaut vorkommt und bei passendem Lichteinfall einen glänzenden Schimmer zeigt.
- 6. Hornschicht (Stratum Corneum) bildet die äußerste Hautschicht ab, die "Haut", die wir ertasten und fühlen können.

Zudem bietet unsere Haut eine Vielzahl an Schutzmechanismen. Dazu gehören der Schutz vor Kälte und Hitze, Strahlung sowie vor chemischen Substanzen und Mikroorganismen. Des Weiteren bietet sie Protektion vor Druck und Reibung als auch vor Wärme und Wasserverlust. Die Haut weist auch Funktionen, die wir täglich benutzen aber oftmals nicht mehr bewusst wahrnehmen auf. Hierzu gehören:

- Resorption bestimmter Wirkstoffe
- Kreislauf und Thermoregulation oder die Druck-Tast- und Temperaturwahrnehmung

Es gilt die verschiedenen Funktionen aufrecht zu erhalten, da diese im weiteren Sinne lebenswichtig für Patientlnnen sind.

Um die Hautgesundheit zu erhalten, will gesunde Haut gepflegt werden. Der Säurenschutzmantel (Hydrolipidfilm) der Haut, der natürlich über die Produktion von Schweiß und Talg gebildet wird, muss erhalten bleiben.

Dabei unterstützt eine adäquate Hautpflege. Der Hydrolipidfilm, hat in Abhängigkeit zur jeweiligen Literatur einen pH-Wert von 4,5 bis 5,5.

In dem Zusammenhang stellt sich die Frage, welche Faktoren zu einer Verschiebung dieses Wertes und somit zu einer eventuellen Schädigung der Haut führen. Warum hat ein Mensch trockene oder eher fettige Haut?

Fettige Haut kann mehrere Ursachen hahen

Beispielweise durch die Verschiebung von Hormonen, hier im Speziellen die Androgene (männliche Sexualhormone), die aber auch im weiblichen Körper produziert werden. Weitere Ursachen können Stress, Alkohol, eine Störung der Nebennierenrindenfunktion (Cortisol= Stresshormon) oder die Störung der Eierstockfunktion haben. Erkrankungen wie Morbus Parkinson, eine familiäre Disposition aber auch die Einnahme von Medikamenten wie Kortison können ebenso Ursache sein wie die Ernährung mit zu viel Fett und Zucker.

Eine trockene Haut weist ungefähr ähnliche Ursachen auf. Zudem spielt die Wetterlage ebenfalls eine wichtige Rolle, wie beispielweise Sonneneinstrahlung bei Menschen, die unter freiem Himmel arbeiten. Eine einseitige Ernährung (Mangelernährung), zu wenig Flüssigkeitsaufnahme, Stress, Alkohol, das Rauchen und seelische Belastungen sind weitere Ursachen. Die Verwendung von kortisonhaltigen Hautcremes über einen langen Anwendungszeitraum hinaus, Nebenwirkungen von Medikamenten (Diuretika) und die Einnahme von Retinoiden (Medikamente zur Aknebehandlung) können ebenfalls zu einer eher trockenen Haut führen.

Weitere Ursachen sind Chemotherapeutika sowie die Nebenwirkungen einer Bestrahlungstherapie bei Krebs (im entsprechenden Hautareal). Gehen wir einen Schritt zurück und blicken auf die oberste Hautschicht, die Hornschicht. Diese besteht aus abge-

cken auf die oberste Hautschicht, die Hornschicht. Diese besteht aus abgestorbenen Hautzellen. Der Zusammenhalt dieser Hautzellen ist gut vergleichbar mit einer Ziegelsteinmauer. Dabei stellen die Zellen die "Ziegelsteine" und die obere Lipidschicht, die die Zellen miteinander verbindet, den "Mörtel", dar.

Wird dieser Mörtel durch Umwelteinflüsse brüchig oder ausgespült (Hyperhydratation beschreibt die Exposition gegenüber Flüssigkeiten auf der Hautoberfläche). Kommt es zu Schäden in der "Mauer" und somit zu potentiellen Eintrittspforten für z. B. Mikroorganismen, die in den Tiefen der Haut für Irritationen bis hin zu Infektionen führen können.

Inwiefern kann die Haut unterstützt werden?

Für eher fettige Haut eignen sich "Öl in Wasser Pflegeemulsionen", diese können leicht dermal verteilt werden, ziehen schnell ein und geben der Haut die Feuchtigkeit, die sie benötigt. Bei trockener Haut sollten "Wasser in Öl Pflegeemulsionen" verwendet werden. Diese haben eine hohe Fettabgabe an die Haut, eine rückfettende Wirkung und reduzieren den dermalen Wasserverlust. Die meisten Hautpflegeprodukte haben einen pH-hautneutralen Wert von 5,5 und sind somit bestens geeignet, die Haut vor Umwelteinflüssen, denen wir täglich begegnen zu schützen.



Klaus Zobel Krankenpfleger Fachtherapeut Wunde ICW Pflegeexperte SKW

Literatur beim Verfasser

MagSi[®] Nr. 89 · 08/2022



Qufora IrriSedo Flow

Erlebe die Möglichkeiten!

Qufora IrriSedo Flow ist ein neuartiges Spülsystem für die Darmirrigation mit größerer Wassermenge, zur Unterstützung des Darmmanagements bei Stuhlinkontinenz oder chronischer Verstopfung.

- Flexible Platzierung des Wasserbehälters für eine einfache Handhabung
- Intuitive Steuerung der Irrigation dank innovativem Flow-Regler
- Fortschrittliches Konus-Design mit fünf Wasserauslässen stellt einen wirksamen Wasserfluss sicher und ermöglicht ein sanftes Einführen

Qufora IrriSedo Flow

- individuelle Anwendung für eine reibungslose Irrigation.



Besuchen Sie www.qufora.de, senden 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. ©05/2022. Alle Rechte vorbehalten.





MOTTO

"Wer heilt, hat recht – Wundtherapie zwischen Evidenz und Bauchgefühl"

WISSENSCHAFTLICHE LEITUNG

Prof. Dr. med. Ewa K. Stürmer – Kongresspräsidentin | Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Prof. Dr. med. Joachim Dissemond | Universitätsklinikum Essen

ORGANISATION / VERANSTALTER / FACHMESSE

Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH
Tel. +49 3641 31 16-329 | Fax +49 3641 31 16-243 | wuko@conventus.de | www.conventus.de

KONGRESSORT

Messezentrum • NürnbergConvention Center (NCC West)

KONGRESSWEBSITE

www.wuko2022.de

HAUPTPROGRAMM UND DEADLINE FRÜHBUCHERREGISTRIERUNG

30. September 2022

SIE MÖCHTEN STETS AKTUELLE INFORMATIONEN RUND UM DEN WUKO?

Newsletter-Anmeldung

EINE VERANSTALTUNG UNTER DEN SCHIRMHERRSCHAFTEN

der Deutschen Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e. V. (DGfW), der Initiative Chronische Wunden e. V. (ICW)











KANN DIE NUTZUNG HYDROPHIL

BESCHICHTETER GEBRAUCHSFERTIGER EINMALKATHETER UNTER GEBURT

EINE VEREINFACHUNG BRINGEN?

Blasenkatheterismus ist ein Bestandteil des Pflegeprozesses bei der Begleitung von Frauen unter der Geburt. Die Notwendigkeit der Blasenentleerung in bestimmten Situationen unter der Geburt ist die tägliche Aufgabe der Hebammen und Ärzte im Kreißsaal.

Die Optimierung dieses Arbeitsprozesses ist eine sinnvolle Überlegung, die in allen Bereichen eines Krankenhauses in denen ein Blasenkatherterismus durchgeführt wird, Vorteile bringen kann. Eine Zeit und Kosten einsparende Umstellung von Produkten führt somit zu einer qualitativ und zeitlich besseren Versorgung von Frauen unter der Geburt.

Schlagwörter

eburt, Blasenentleerung, postpartal, Einmalkatheter, Beschichtung, Kosteneinsparung

Einleitung

Ein gutes Blasenmanagement ist ein integraler Bestandteil der Behandlung von Frauen unter der Geburt. Auch wenn sofern möglich immer ein Mobilisierungsversuch zur Toilette und eine spontane Miktion vorgezogen wird, gibt es verschiedene Situationen, in denen heute ein Einmal-Katheter zur Blasenentleerung zum Einsatz kommt. In der Vergangenheit, und vereinzelt auch heute noch in Deutschland, werden dazu auch Dauerkatheter eingesetzt. Jedoch zeigt es sich, dass die Nutzung von Einmal-Kathetern der natürlichen Entleerung deutlich näher-

kommt und Verletzung und das Risiko für Infektionen möglicherweise gesenkt werden kann, auch wenn die Literatur hier nicht ganz eindeutige Ergebnisse zeigt [1,2].

Zu den Indikationen einer Blasenentleerung mittels Katheter unter Geburt und postpartal zählen folgende:

- Hemmung des Geburtsvorgangs durch eine volle Harnblase
- Verhinderung des Tiefertreten des kindlichen Kopfes und/oder mangelhafte Muttermundöffnung
- Analgesie mittels Periduralkatheter
- kindlicher Kopf bereits tief im Geburtskanal, wodurch eine Spontanmiktion verhindert wird
- Verhinderung eines mechanischen Hindernisses vor einer vaginaloperativen Entbindung
- protrahierte Austragung

- Plazentaretention
- Verstärkte Nachblutung
- Mangelnde Kontraktion der Gebärmutter
- Naht der Geburtsverletzung in unmittelbarere Nähe zur Harnröhre oder bei starker Schwellung.

Die Nutzung von Einmalkathetern zur Blasenentleerung ist besonders aus der Verwendung bei neurogenen Blasenfunktionsstörung bekannt. Es existieren in diesem Anwendungsfeld verschiedene Studien und Leitlinien, die die Verwendung von beschichteten Kathetern gegenüber unbeschichteten Kathetern vorziehen [3,4,5]. Für die Anwendung unter Geburt gibt es jedoch in der Literatur keine Hinweise für den Vorteil eines beschichteten Katheters gegenüber eines unterschichteten. Es ist aber davon auszugehen, dass trotz einer ver-

31

Das Thema Mag Si[®] Nr. 89 · 08/2022

minderten Anzahl von Anwendungen eines Einmalkatheters unter der Geburt (1-3 Katheterisierungen pro Geburtsvorgang) im Vergleich zur Verwendung bei neurogenen Blasenfunktionsstörungen oder chronischer Harnretention (optimalerweise 4-6 Katheterisierungen am Tag), identische Argumente für die Nutzung eines beschichteten Katheters sprechen. Beschichtete Katheter mit einer gleichmäßigen Beschichtung können mit weniger Reibung ein- und ausgeführt werden, wodurch das Risiko für Verletzungen und minimiert werden kann [6]. Diese Verletzungen könnten neben den Schmerzen für den Patienten zu einem erhöhten Risiko für einen Harnwegsinfekt führen.

Heute kommen in den Geburtskliniken oft unbeschichtete Einmalkatheter zum Einsatz. So auch im Sankt Elisabeth Hospital in Gütersloh, in welchem ein unbeschichteter Einmalkatheter und ein Blasenkatheterset (vgl. Abb. 1) mit folgenden Inhalten verwendet wird: Gleitmittel, Plastikspritze mit Aqua dest., Abdecktuch, Nierenschale, sterile Handschuhe, Tupfer, Plastikschälchen, Einmalpinzette, sterile Kompressen, Desinfektionsmittel. Die Kosten für das Set betragen nach Aussage des Einkaufs 4,50 EUR. Dieses Set wird normalerweise für das Legen eines Dauerkatheters verwendet. In diesem Falle der Blasenentleerung unter Geburt wird der unbeschichtete Einmalkatheter (mit manuell aufgebrachtem Gleitgel) damit angewendet. Entsprechend werden auch die Abläufe an das Legen eines Dauerkatheters angelehnt.

Die Frage, ob dieses Vorgehen nicht durch die Verwendung eines gebrauchsfähigen Einmalkatheters ersetzt werden kann, sollte im Rahmen dieser Untersuchung betrachtet werden. Eine Literaturrecherche lieferte zu dieser Fragestellung keine Erkenntnisse. Ein Vorteil in der Nutzung könnte in der Einsparung des zeitaufwendigen Ablaufs und damit der notwendigen Ressourcen liegen. Diese Zeit ließe sich für eine Patienten-individuelle Betreuung und Unterstützung im Geburtsvorgang nutzen. Das Blasenkatheterset wäre nicht notwendig, bei der Verwendung des gebrauchsfertigen Katheters wäre lediglich die Desinfektion als zusätzlicher Schritt notwendig. Der Einklang mit den Klinik-internen Hygienestandards ist dabei natürlich

zu berücksichtigen. Die Nutzung einesgebrauchsfertig beschichteten Katheters könnte zudem die Patientensicherheit verbessern, da Schleimhautläsionen vermieden werden. Zu guter Letzt wäre eine Reduktion des Mülls ein positiver Nebeneffekt.

Methode

Im Rahmen einer Fall-Serie mit zehn Patientinnen sollte betrachtet werden, ob die Nutzung von gebrauchsfertig beschichteten Einmal-Kathetern in verschiedenen Situationen unter der Geburt zu einer effektiven Blasenentleerung führen. Dabei sollte der Ablauf beschrieben und subjektive Vor- und Nachteile der durchführenden Fachkraft notiert werden. Eine Betrachtung der Kosten und notwendigen Ressourcen bei einer möglichen Umstellung auf ein gebrauchsfertig beschichtetes Produkt sollte zudem abgeschätzt werden.

Dazu wurde die Nutzung des hydrophil beschichteten Einmalkatheters Speedi-Cath® Standard (vgl. Abb. 2) bei zehn Patientinnen im Sankt Elisabeth Hospital in Gütersloh unter Geburt oder postpartal angewendet und dokumentiert. Der Katheter ist durch seine hydrophile Beschichtung direkt nach Entnahme aus der Verpackung gebrauchsfertig. Es entfällt das Auftragen eines zusätzlichen Gleitmittels und die vorgeschriebenen Einwirkzeit von etwa 3-5 Minuten für diesen Vorgang. Für die Größe des verwendeten Katheters wurde Charrière 12 gewählt. Dieser 40 cm lange Katheter wird normalerweise für die Blasenentleerung von Männern genutzt, die eine deutlich längere Harnröhre besitzen als Frauen. In diesem Falle der Anwendung ist es von Vorteil so einen langen Katheter zu verwenden, da im Falle eines schon tief im Becken liegenden Kindskopfes der Katheter noch gut an diesem vorbeikommt. Der Listenpreis des Katheters beträgt 1,20 EUR.

Der normalerweise verwendete unbeschichtete Katheter ist 18 cm lang, die Kosten betragen 0,10 EUR pro Stück.

Die Indikation für die Verwendung eines Einmalkatheters waren in den zehn Fällen:

- Anwendung in der aktiven Pressphase
- z. n. PDK-Anlage, Infusion und Volumensubstitution

- Verhinderung eines Geburtshindernis
- postpartal bei Plazentaretention
- protrahierter Geburtsverlauf
- postpartale Blutung
- z. n. Sectio, damit Gebärmutter sich zusammenziehen kann

Der Katheterisierungsvorgang lief in allen Fällen folgendermaßen ab:

- Vorbereitung, Aufklärung und schriftliches Einverständnis der Patientinnen,
- Vorbereitung der Materialien (Katheter SpeediCath Standard, 2 Pflaumentupfer, Desinfektionsmittel Octenisept® 20ml, sterile Handschuhe, Auffangschale),
- Öffnen der Katheter-Verpackung (unsteril),
- Durchführung der Wisch-Desinfektion des Meatus Urethrae nach Klinikstandard (steril),
- Entnahme des Katheters,
- Katheterisierung der Patientin und
- Nachbereitung und Entsorgung der Materialien.

Ergebnisse

In allen zehn Fällen konnte das gewünschte Ergebnis der Blasenentleerung nach Beurteilung von Hebamme und Arzt zufriedenstellend erreicht werden. Es ergaben sich keine Schwierigkeiten im Ablauf, die eine Nutzung grundlegend verhinderten.

Positiv bewertet wurden durch die Fachkräfte:

- die sehr gute Gleitfähigkeit des Katheters,
- die hohe Stabilität des Katheters,
- eine gute Handhabung,
- weniger Müll.

Schwierigkeiten wurden folgende beschrieben:

- Ein neuer Ablauf muss erlernt werden, daher mehr Zeit Aufwand beim Zusammensuchen der Materialien
- Ggfs. zu kurzem Katheter bei adipösen Patienten.
- Steriles Handling des Katheters nach Öffnung der Verpackung – keine Klebestelle für die Verpackung verfügbar, die ein einfaches Entnehmen möglich machen würde.
- Steriler Ablauf muss erlernt werden (Öffnung der Verpackung schwierig mit einer Hand, Handling der Auffangschale).

In welchem Maße der veränderte Ablauf zu Kosteneinsparungen führt, wurde am Beispiel der Katheterpreise und der notwendigen weiteren Materialien betrachtet und gegenübergestellt (vgl. Abb. 1). Die Abschätzung der Anzahl der genutzten Zusatzmaterialien konnte bestätigt werden. Zur Desinfektion wurde ein Preis von 2,30 EUR/250 ml für die benötigten 20 ml Octenisept® angenommen. Die Pflaumentupfer haben einen Preis von 4,90 EUR/200 Einheiten mit je zwei Stück. Die Kosten für die im Blasenkathterset schon enthaltenen sterilen Handschuhe wurden für die Verwendung des beschichteten Katheters separat mit 1,00 EUR angenommen. Diese sind je nach Hygienestandard der Klinik jedoch nicht zwingend erforderlich, aber sinnvoll, wes-halb sie auch in die Berechnung und Gegenüberstellung aufgenommen wurden.

Es ergaben sich aus der Gegenüberstellung Materialkosteneinsparungen von 2,17 EUR bei der Verwendung des gebrauchsfertigen Einmalkatheters. Zeitlich entfiel die Zeit von 3-5 Minuten gerer Nutzung intuitiver für die Hebammen werden wird. Insbesondere der neue aseptische Ablauf benötigt etwas Routine.

Eine Schlussfolgerung, ob durch die Beschichtung des Katheters die Patientensicherheit erhöht wird, kann weiterhin nur hypothetisch beantwortet werden, da keine Informationen zu aufgetretenen Schleimhautverletzungen oder in der Folge aufgetretenen Harnwegsinfektionen vorliegen und auch in dieser Art der Fall-Betrachtung nicht bewertet werden könnten.

Ebenso kann nichts über den Patientenkomfort ausgesagt werden, da die Patientinnen keinen Vergleich hatten und das Untersuchungsdesign keine objektive Betrachtung erlaubt.

Eine Einsparung bei den Materialkosten erscheint mit 2,17 EUR pro Anwendung objektiv gesehen zwar moderat, aber beliefe sich im Falle einer Klinik in der Größenordnung des Sankt Elisabeth Hospitals mit über 1.200 Geburten pro Jahr und einen jährlichen Verbrauch

besonderen Bedürfnisse der Patientin zu richten. Eine Übersicht der beiden Katheterisierungsabläufe, bisher und mit gebrauchsfertigem Katheter ist in Abb. 3 dargestellt.

Eine weitere Möglichkeit der Verbesserung des Gesamt-Ablaufes könnte eine Alternative zur verwendeten Auffangschale bilden.

Katheter mit einem integrierten Beutel (vgl. Abb. 4) zur Sammlung des Urins machen ein noch hygienischeres Katheterisieren möglich und erlauben auch eine spätere Entleerung des Beutels, wenn notwendig.

Schlussfolgerung

Insgesamt kann auf Basis dieser Untersuchung in der Praxis festgestellt werden, dass einige Gründe für die Umstellung des Einmalkatheterismus unter Geburt oder postpartal auf ein gebrauchsfertig beschichteten Einmalkatheter sprechen. Auch wenn der Ablauf durch eine Umstellung neu erlernt werden müsste, überwiegen die Vorteile für Patientin, Anwender und Einkäufer.

Kasten	Unbeschichteter Katheter & Blasenkatheterset	SpeediCath® Standard & stenie Handschuhe & Octomiseptili Desinfektion
Katheter Zusatzmaterialien	0,10 EUR	1,20 EUR
BloserAutheterset	4,50 EUR	
OcteniseptiD, 20ml	THE REAL PROPERTY.	0,18 EUR
Pflaumentupfer, 2 Stück		0,05 EUR
sterio Handschuhe		1,00 EUR
TOTAL	4,60 EUR	2,43 EUR

Tabelle 1: Gegenüberstellung der Materialkosten.

für die Auftragung und Einwirkzeit des Gels auf den unbeschichteten Katheter. Eine Gesamtzeit wurde nicht gemessen, da ein unmittelbarer Vergleich der verwendeten Zeiten stark vom individuellen Fall und der Routine der jeweiligen Fachkraft abhängig wäre.

Diskussion

In Bezug auf das medizinische Ergebnis der Blasenentleerung konnte in den zehn betrachteten Fällen jeweils nach Aussage der Hebamme und des Arztes ein sehr zufriedenstellendes Ergebnis erreicht werden. Es wird erwartet, dass der teilweise als zeitaufwändig erscheinende Ablauf der Nutzung des gebrauchsfertigen Katheters mit häufivon mehr als 2.000 Kathetern bereits auf knapp 4.500 EUR pro Jahr.
Zusätzlich ergibt sich eine geringere Müllmenge durch die Einsparung des Blasenkathetersets gegenüber der Verwendung des gebrauchsfertigen Einmalkatheters.

Der Ablauf der Nutzung des gebrauchsfertigen Einmalkatheters kann zudem einen weniger medizinischen Eindruck auf die Patientinnen machen und dies eine gewisse mentale Ungestörtheit im Entbindungsprozess darstellen. Auch ist es möglich in der eingesparten Zeit, die normalerweise für das Auftragen und Einwirken des Gleitgels benötigt wird, mehr Aufmerksamkeit auf die individuellen



Abbildung 1: Verwendetes Blasenkathterset bestehend aus Gleitmittel, Plastikspritze mit Aqua dest., Abdecktuch, Nierenschale, sterile Handschuhe, Tupfer, Plastikschälchen, Einmalpinzette, sterile Kompressen, Desinfektionsmittel



Abbildung 2: Gebrauchsfertig beschichteter Einmalkatheter SpeediCath® Standard, Coloplast

Das Thema Mag Si Nr. 89 · 08/2022 33

Unbeschichteter Katheter & SpeediCath® Standard & sterile Handschuhe & Octenisept® Desinfektion Auftlärung und Einwilligung der Patientin Bereitlegen der notwendigen Matmalien Wirbernitung des Nathaten Vorbernitung des Nathaten Auftragen des Gleitgels und Einwirkzeit 3-5 min Desinfektion des Meatus Unethrae Entscreung der Allabertallen Entscreung der Allabertallen Entscreung der Materialien 3-5 min "Patientenzeit"

Abbildung 3: Gegenüberstellung der beiden Katheterisierungsabläufe. Durch die Verwendung eines gebrauchsfertig beschichteten Einmalkatheters ergeben sich 3-5 min "freie" Patientenzeit pro Anwendung.



Abbildung 4: Beispiel eines gebrauchsfertig beschichteten Einmalkatheters mit integriertem Beutel (SpeediCath® Compact Set)

Interessenskonflikt

34

Zur Durchführung dieser vergleichenden Untersuchung wurden Produktmuster von der Firma Coloplast zur Verfügung gestellt. An der Gestaltung des Artikels hatte die Firma Coloplast keinen redaktionellen Anteil.

Klaus Zobel, Nicole Doits, Anna Schmidt, Nadine Obbelode, Chefarzt für Gynäkologie Dr. Johannes Middelanis

Referenzen

[1] Li M, Xing X, Yao L, Wang X, He W, Wang M, Li H, Xun Y, Yan P, Hui X, Yang X, Yang K. The effect of bladder catheterization on the incidence of urinary tract infection in laboring women with epidural analgesia: a meta-analysis of randomized controlled trials. Int Urogynecol J. 2019 Sep;30(9):1419-1427. doi:

[2] Reis I, Cunha S, Martins M, Sousa L, Seixas A, Rasteiro C. Intermittent versus Continuous Catheterization and Differences in the Evolution of Labor: Systematic Review and Meta-analysis. Rev Bras Ginecol Obstet. 2021 Dec;43(12):961-967. English. doi: 10.1055/s-0041-1740209. Epub 2021 Dec 21. PMID: 34933390. 10.1007/s00192-019-03904-1. Epub 2019 Mar 5. PMID: 30834958.

[3] S2K-AWMF-Register Nr.: 043/048: Management und Durchführung des

Intermittierenden Katheterismus (IK) bei neurogener Dysfunktion des unteren Harntraktes, Update 2020

[4] Cardenas DD, Hoffman JM. Hydrophilic catheters versus noncoated catheters for reducing the incidence of urinary tract infections: a randomized controlled trial. Arch Phys Med Rehabil. 2009 Oct;90(10):1668-71. doi: 10.1016/j.apmr.2009.04.010. PMID: 19801054.

[5] Chartier-Kastler E, Denys P. Intermittent catheterization with hydrophilic catheters as a treatment of chronic neurogenic urinary retention. Neurourol Urodyn. 2011 Jan;30(1):21-31. doi: 10.1002/nau.20929. Epub 2010 Oct 6. PMID: 20928913.

[6] Stensballe J, Looms D, Nielsen PN, Tvede M. Hydrophilic-coated catheters for intermittent catheterisation reduce urethral micro trauma: a prospective, randomised, participant-blinded, crossover study of three different types of catheters. Eur Urol. 2005 Dec;48(6):978-83. doi: 10.1016/j.eururo.2005.07.009. Epub 2005 Aug 2. PMID: 16126331.



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 - 51 67 110** (gebührenfrei) kundenservice@gesundheitsgmbh.de



www.gesundheitsgmbh.de



facebook.com/GHDGesundHeitsGmbH





STOMACHIRURGIE bei Colitis ulcerosa

Iesalnieks I. Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie, Evangelisches Krankenhaus Kalk Köln

Einleitung

Im Gegensatz zu M. Crohn müssen über 80 % der Patienten mit Colitis ulcerosa im Laufe ihres Lebens nicht operiert werden – entweder ist die Erkrankung lediglich auf das Rektum beschränkt oder ist der Verlauf so milde, dass die medikamentöse Therapie nicht kompliziert und stets erfolgreich ist. Einige Patienten müssen über lange Zeiträume gar nicht behandelt werden. Ein Teil der Patient leidet jedoch an einer so schweren Erkrankung, dass der Dickdarm nicht erhalten werden kann. Die Operationen bei Colitis ulcerosa sind beinahe immer mit Stomaanlage verbunden. Die historische Entwicklung der Colitis ulcerosa Chirurgie hatte die moderne lleostomatechnik erst ermöglicht.

Historisches

u Beginn des 20. Jahrhunderts war die Colitis ulcerosa nicht behandelbar. Ein erheblicher Anteil der Patienten verstarb. So wurden z. B. 1909 in der Sitzung der britischen Royal Society of Medicine die klinischen Verläufe von 160 Patienten mit Colitis ulcerosa aus sechs Londoner Krankenhäusern präsentiert [Corbett]. Von diesen waren 71 an den Folgen der Erkrankung verstorben! Um die Jahrhundertwende wurde immer wieder ein Appendikostoma zur an sich unwirksamen Irrigationsbehandlung angelegt.

Dr. John Young Brown stellte 1912 als erster die lleostomie als Therapieoption vor [Brown]. Brown vermutete, dass die Irrigationsbehandlung deswegen nicht funktioniere, weil das Kolon von nachrückenden Stuhlmassen sofort gefüllt werde. Brown beschrieb 10 Patienten, bei denen er ein endständiges, 5 cm langes lleostoma am Unterpol der medianen Laparotomie ausgeleitet hatte (Abb. 1). Ein Patient in dieser Gruppe litt an Colitis ulcerosa. Brown ließ das endständig ausgeleite lleum in die Laparotomienarbe granulieren, ohne es zu fixieren.

Zugleich legte er ein Zökostoma für



Abbildung 1. Das "lleostoma" wie es von Brown 1913 zum ersten Mal beschrieben wurde.

Irrigationsbehandlungen an. Weil das Stoma (das ausgeleitete Ileum) nicht abgedichtet werden konnte, führte er ins Ileum einen Katheter ein. Mit dieser Technik verkürzte sich der ausgeleitete, von der Außenwelt nicht geschützte Darm als Folge der Entzündung, die Schleimhaut wuchs über die Darmränder hinaus und bildete Verbindung mit der Haut. Dieser Prozess wurde "Reifen des Stomas" genannt. Oft geschah dieses "Reifen" jedoch nicht, sondern die Patienten verstarben vorher (s. u.). Auch dieser eine Patient von Brown überlebte nicht. Über Jahrzehnte blieb diese Art der Stomaanlage eine selten angewendete, unbeliebte und meist fatale Therapiemethode. Sie wurde jedoch wieder und wieder versucht und langsam entwickelt.

In den 40-50er Jahren wurde erkannt, dass die Hautprobleme im Ileostomabereich seltener auftreten, wenn das Ileostoma über eine separate Inzision im rechte Unterbauch statt über die Laparotomienarbe ausgeleitet wird. Um die exakte Position wurde jedoch noch über Jahrzehnte gestritten.

Noch in der Mitte der 40er Jahre [Corbet] betrug die Sterblichkeit nach alleiniger Ileostomaanlage bei Colitis ulcerosa etwa 30-35 %, was damals als Therapieerfolg gewertet wurde. Zwar konnte ein Teil dieser Todesfälle auf die nicht beherrschbare Colitis ulcerosa zurückgeführt werden, doch zunehmend wurde auch ein Syndrom, das damals als "lleostomy dysfunction" bezeichnet wurde [Warren 1951], als Todesursache erkannt. Zu diesem Zeitpunkt hatten die Chirurgen beobachtet, dass der Ileostomainhalt in den ersten Wochen nach der Anlage sehr dünnflüssig ist. Es wurde festgestellt, dass bei etwa einem Drittel der Patienten die Stuhlkonsistenz zunehmend breiiger wurde und sich der Zustand der Patienten gleichzeitig verbesserte. Bei anderen hielten jedoch weiterhin massive Flüssigkeitsverluste an, die oft zu tödlichen Verläufen führten. Nach dem zweiten Weltkrieg wurde nun die Dickdarmentfernung (die Kolektomie) mit Ileostomaanlage als die beste Therapie der Colitis ulcerosa etabliert, so dass die Sterblichkeit insgesamt nun sehr stark zurückging. Die "Ileostoma Dysfunktion" blieb dann eine der führenden Ursachen der tödlichen Verläufe. Eine Lösung dieses Problems versprach

den definitiven Durchbruch der Colitis ulcerosa Chirurgie.

In den 50er Jahren vermuteten einige Chirurgen, dass das über dem Hautniveau liegende, gut 15 cm lange lleumsegment im Stuhlgang "badet" und so eine schwere Serositis (eine Arte Peritonitis außerhalb des Bauchraumes) verursacht. Dadurch entstand ein funktioneller Ileus, der bei den durch die Colitis ulcerosa geschwächten Patienten schnell zum Tod führen konnte. Das Syndrom hielt im günstigen Fall 4-6 Wochen an, bis der Prozess des "Reifens" (s. o.) abgeschlossen wurde. Ein kürzeres Ileostoma reifte schneller, war jedoch zu damaliger Zeit erheblich schlechter zu versorgen, so dass die Chirurgen eher ein längeres Segment über der Haut abstehen ließen. Brooke [Brooke] fand eine einfache Lösung, die "Stomareifung" zu überspringen, in dem er den Stomarand einfach evertierte. Die heute gültige Technik der Stomaanlage war geboren. Noch heute wird ein evertiertes endständige Ileostoma in der englischen Literatur als "Brooke's ileostomy" bezeichnet und das Umstülpen der Stomaränder als "Maturation".

In den ersten Jahrzehnten war die Versorgung der Ileostomien katastrophal. Die Meinung – "lieber tot als Ileostoma" – war allgegenwärtig und teilweise wirklich verständlich. Erst in den 50er Jahren, gleichzeitig mit Entstehung der Firma "Coloplast" konnte eine Versorgung hergestellt werden, die der heutigen ähnelt.

Chirurgie der Colitis ulcerosa und die Rolle der Ileostomie

Es existieren drei Ausprägungen der Colitis ulcerosa: a) Befall des Enddarms allein (Proktitis ulcerosa), b) Befall der linken Dickdarmseite ab der linken Flexur (Linksseitenkolitis) und c) Befall des gesamten Dickdarms (Pankolitis). Eine Proktitis ulcerosa führt beinahe nie zu einer Operation, eine Linksseitenkolitis relativ selten und dann eher bei älteren Patienten, Bei einer Pankolitis ulcerosa ist das Risiko der Dickdarmentfernung dagegen ganz reell. Kann eine Colitis ulcerosa nicht medikamentös beherrscht werden, treten Notfälle auf oder entwickeln die Patienten auf dem Boden der Erkrankung ein Karzinom, besteht eine Operationsindikation. Dabei wird beinahe ausnahmslos die

sog. Proktokolektomie, also Entfernung des gesamten Colons UND des Rektums durchgeführt. Eine Teilentfernung des Colons ist außerordentlich selten möglich, sie soll hier jedoch nicht weiter diskutiert werden.

Da der Sphinkter durch die Erkrankung nicht geschädigt wird, kann er erhalten werden. Aus dem Dünndarm wird nun eine Art Beutel, also ein Reservoir gebildet und dieses dann auf den Sphinkter genäht. Dieses Reservoir wird als "Pouch" bezeichnet (Abb. 2). Die Technik wurde in den 70er Jahren in England entwickelt. Der Pouch ermöglicht es den meisten Patienten mit Colitis ulcerosa stomafrei zu leben.

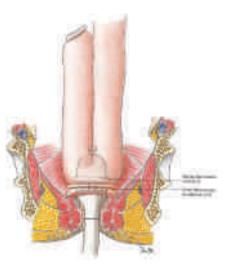


Abbildung 2. Ileoanaler J-Pouch.

Jede Anastomose in direkter Nähe zum Sphinkter gilt jedoch als riskant, sprich: anfällig fürs Undicht-Werden (sog. Anastomoseninsuffizienz). Das Problem ist vor allem aus der Chirurgie des Rektumkarzinoms bekannt und führt dazu, dass sehr viele Rektumoperationen mit gleichzeitiger Anlage eines Schutz-Ileostomas durchgeführt werden. Im Rahmen der Pouchanlage ist dies nicht anders. Über Jahrzehnte wurde die Proktokolektomie daher "zweizeitig" durchgeführt – man legte im Rahmen der Proktokolektomie das protektive Ileostoma an und wenige Monate später, im Rahmen einer zweiten Operation schloss man dieses wieder. Das Ileostoma schützte zwar von katastrophalen lebensbedrohlichen Folgen einer Insuffizienz der pouchanalen Anastomose (also vor einer Peritonitis), sie verhinderte die Entstehung der Anastomoseninsuffizienz jedoch nicht - sie verlief nur milder.

Das Thema Mag Si Nr. 89 · 08/2022 37

Eine durchgemachte Anastomoseninsuffizienz am Pouch hatte jedoch selbst in günstigsten Fällen zur Folge, dass um den Pouch herum eine Entzündung entstand, die zur Vernarbung führte. Die Letztere nahm dem Pouch seine Elastizität und verschlechterte dauerhaft seine Funktion – die Stuhlfrequenz und die Kontinenz. Die Vermeidung der Anastomoseninsuffizienz an der pouchanalen Anastomose gehört also zu den obersten Zielen der Colitis-Chirurgie.

Trotz optimaler chirurgischer Technik war beim zweizeitigen Vorgehen mit einer Anastomoseninsuffizienzrate von gut 15-20 % zu rechnen, also recht hoch. Ein wichtiger Grund hierfür war die Tatsache, dass die meisten Patienten zum Zeitpunkt der ersten Operation durch die Erkrankung unterernährt, anäm und körperlich geschwächt sind. Hinzu kommt die immunsuppressive Therapie, wobei die Steroide besonders problematisch sind. Um diesem Problem zu begegnen, wird die Proktokolektomie von den meisten Chirurgie heutzutage dreizeitig durchgeführt: der Eingriff wird also in drei Schritte aufgeteilt. Bei dem ersten Eingriff wird das Colon entfernt (eine Kolektomie also) und ein endständiges Ileostoma ausgeleitet. Das Rektum wird blind verschlossen belassen. Diese Technik entspricht also dem, was in den drei Jahrzehnten vorm Einführen der Pouchchirurgie die alleinige und sehr wirkungsvolle Therapie war. Die Kolektomie ermöglich es den meist jungen Patienten, sich binnen 2-4 Monaten vollständig zu erholen und die Medikamente abzusetzen. Die Patienten sind nach dieser Zeit förmlich nicht wieder zu erkennen. Kaum eine andere Operation ändert einen Patienten dermaßen dramatisch und schnell zum Besseren!

Nach vollständiger Erholung wird der zweite Eingriff durchgeführt – das Rektum wird entfernt und der Pouch gebildet. Der Pouch wird jedoch auch diesmal mit einem doppelläufigen lleostoma geschützt, das im optimalen Fall nach 2 Monaten zurückverlagert werden kann. Mit der dreizeitigen Strategie können die Komplikationen an der pouchanalen Anastomose auf ca. 5 % reduziert werden.

Im Weiteren gehe ich nun auf die Besonderheiten der beiden Stomaarten

bei Colitis ulcerosa Patienten ein: endständiges lleostoma nach der ersten und doppelläufiges lleostoma nach der zweiten Operation.

Kolektomie mit Anlage des endständigen Ileostomas

Aus der Sicht eines Chirurgen ist die Anlage eine endständigen Ileostomas bei Colitis ulcerosa Patienten die dankbarste Stomaoperation schlechthin. Die Patienten sind meistens schlank, das Ileum lang und nicht geschwollen. Dem perfekten Stoma steht also nichts im Weg und in der Tat werden die meisten endständigen Ileostomien nach Kolektomie sehr gut – sie sind optimal versorgbar für die Stomatherapeuten und für die Patienten.

Gekoppelt mit der Tatsache, dass die Patienten sehr schnell förmlich aufblühen, wird alles, was mit dem endständigem Ileostoma nach Kolektomie verbunden ist, meistens positiv wahrgenommen. Einige Patienten sind dermaßen zufrieden, dass sie sich überlegen, ob sie sich der Pouchanlage überhaupt unterziehen wollen. Es gibt jedoch kurz- und langfristige Probleme, die mit dem endständigen Ileostoma auftreten können.

Unmittelbar nach der Kolektomie ist der sog. paralytische Ileus relativ häufig. 2-3 Tage nach der Operation fördert dann das Stoma dünnflüssig oder fast gar nicht, gleichzeitig tritt Erbrechen und eine deutliche Verschlechterung des Allgemeinzustandes auf. Die übliche Reaktion ist das Einführen des Katheters in das Stoma. Diese Maßnahme wurde bereits in den 50er Jahren ausführlich beschrieben und ist auch heute noch Standard. Man weiß nicht, ob sie den Verlauf des paralytischen Ileus überhaupt verbessert, löst sich doch das Problem meistens binnen 2-3 Tage auch von allein. Es spricht jedoch aber auch wirklich nichts dagegen. Die wichtigsten Maßnahmen sind jedoch eine ausreichende parenterale Flüssigkeitszufuhr und bei Bedarf auch die parenterale Ernährung (wir haben ja hier stets mit stark unterernährten Patienten zu tun!). Außerdem ist das Einführen einer Magensonde sehr wirksam und sollte großzügig und frühzeitig in Betracht gezogen werden. Prokinetika, Antiemetika und der "Magenschutz" sind dagegen nicht wirksam und werden meist nur aus Gewohnheit und aus Aktionismus gegeben.

Im klinischen Alltag führt das beschriebene Krankheitsbild schnell zum Verdacht, dass der Ileus mechanisch ist, sprich – das Stoma habe sich "verdreht". Die Unterscheidung ist ja enorm wichtig, weil der mechanische Ileus sich von allein nur selten löst, wesentlich gefährlicher ist und operativ behandelt wird. In der Tat kann der mechanische lleus auftreten, weil nach der Kolektomie der Kolonrahmen fehlt und der Dünndarm seine Fixierung an dem ileozökalen Übergang naturgemäß verliert. Das Ileum ist also zu beweglich und kann sich ums Stoma drehen. Es gibt Zeichen, die helfen, beide Krankheitsbilder zu unterscheiden. Beim paralytischen Ileus fördert das Stoma zu Beginn zwar nicht adäquat, aber "ein bisschen was" ist doch im Beutel. Auch sprechen die Patienten mit paralytischem Ileus sehr schnell und sehr gut auf die Flüssigkeitsgabe und Magensonde an, beim mechanischen Ileus kommt es dagegen meistens zu einer ständigen Verschlechterung. Das wichtigste Zeichen sind jedoch starke krampfartige Bauchschmerzen (Koliken), die typisch für den mechanischen und ungewöhnlich für den paralytischen Ileus sind. Die Unterscheidung kann dennoch schwierig sein, da der mechanische lleus auch intermittierend sein kann – die Phasen des "Förderns" und des "Nicht-Förderns" wechseln sich ab und das Behandlungsteam bekommt den Eindruck, dass es "eh schon besser" wird. Dieser phasenweise Verlauf ist allerdings auch recht untypisch für den paralytischen Ileus. Wenn der Letztere sich löst, tritt er meistens auch nicht mehr auf.

Bleibt das Stoma länger als die üblichen 3-4 Monate bis zur Pouchanlage liegen, können andere Schwierigkeiten auftreten. Die Hernien sind häufig, jedoch meistens nicht groß. Die Einklemmungen (die Inkarzerationen) sind nicht häufig, können jedoch auftreten. Bei schlanken Patienten kann ein Stomaprolaps auftreten. Immer wieder klagen die Patienten (vor allem die weiblichen), dass sich der Prolaps und die Retraktion abwechseln: im Gehen und Stehen prolabiert das Stoma, im Liegen zieht es sich dann aber

MagSi[®] Nr. 89 · 08/2022 Das Thema

zurück und wird ggf. undicht. Dieses Phänomen ist schwer zu erklären, sind doch die allermeisten endständige Stomata technisch optimal angelegt (s. o.). Eine Patentlösung für dieses Problem gibt es nicht, der Grundsatz lautet jedoch wie immer – kann die Versorgung pflegerisch nicht gewährleistet werden, muss revidiert werden. Als Chirurg fragt man sich allerdings dann – was soll man dann "besser" machen?

Schließlich kann der mechanische Ileus auftreten - vermutlich auf Grund der exzessiven Dünndarmbeweglichkeit. Meistens deutet sich das Problem bereits direkt nach der Operation an (s. o.), wird aber auf Grund von vorübergehender Besserung nicht als Solches erkannt. Die Patienten berichten dann über Tage/Wochen, dass die Stomatätigkeit vorübergehend aussetzt (0,5-3 Stunden), das Stoma danach flüssig fördert, der Appetit fehlt. Begleitet sind diese Episoden von krampfartigen Bauchschmerzen! Diese Stomata müssen und können dann an gleicher Stelle noch mal ausgeleitet werden. Zum Glück funktioniert es meistens gut und der lleus tritt nicht wieder auf.

Es soll jedoch noch mal abschließend gesagt werden, dass das endständige lleostoma nach Kolektomie meistens unproblematisch ist und allen Beteiligten "viel Freude" bereitet. Sollten Probleme auftreten (s. o.), sind sie fast immer gut lösbar. Wichtig dabei ist die Tatsache, dass dieses lleostoma höchstens für 6 Monate angelegt war, so dass das eine oder andere Problem einfach ausgesessen werden kann.

Doppelläufiges Schutzstoma im Rahmen der Pouchanlage

Was die Stomaqualität betrifft, ändert sich die Situation oft, sobald das bei der ersten Operation angelegte endständige Ileostoma bei dem zweiten Eingriff durch ein protektives doppelläufige ersetzt wird. Die Hauptschwierigkeit, ein doppelläufiges im Rahmen der Pouchanlage anzulegen, besteht in der Tatsache, dass mit dem Pouch das Dünndarmmesenterium ins kleine Becken gezogen wird. Die Seitenäste der A. mesenterica superior, die das Ileum versorgen, haben wie alle Gefäße im menschlichen Körper eine be-

stimmte Länge. Wie leicht oder schwer nun eine proximal vom Pouch liegende Schlinge als protektives lleostoma ausgeleitet werden kann, hängt von der Länge dieser Äste ab. Sind die Äste kürzer, kann passieren, dass das Stoma nur unter Zug ausgeleitet werden kann. Sind sie länger, wird das Stoma eine gute Qualität haben. Eine dickere Bauchdecke verschärft das Problem. Weiter proximal wird das Mesenterium länger und die Stomagualität besser, allerdings kann ein zu proximal angelegtes Stoma zum High-Output führen. Je weiter kranial die Stomamarkierung (bzw. das vorherige endständige Ileostoma!) liegt, desto schwieriger ist es, das mit dem Pouch ins kleine Becken geführte Ileum aus dem Stomakanal zu ziehen. Die Chirurgen müssen also ständig ein Kompromiss machen - die kaudalste mögliche Stelle für das Stoma zu wählen; eine Schlinge zu nehmen, die gerade noch nicht zu proximal liegt; eine gewisse Retraktion akzeptieren.

Kein Wunder, dass viele Pouch-Patienten schlechte Erinnerungen an das protektive Ileostoma haben – mal lag es in der Falte, mal war es retrahiert und mal war der Stomainhalt zu flüssig. Bei manchen Patienten traf alles gleichzeitig zusammen. Mir liegen keine genaueren Zahlen vor, ich würde aber schätzen, dass ungefähr die Hälfte der protektiven Ileostomata bei Pouchpatienten keine optimale Qualität vorweisen. Unter Anwendung aller Optionen gelingt es jedoch meistens, ein "Katastrophenstoma" zu vermeiden.

Heilt die pouchanale Anastomose gut ein, so lassen sich manche Unannehmlichkeiten mit dem protektiven Stoma aushalten: das Stoma kann schließlich nach 2-3 Monaten zurückverlagert werden. Treten jedoch Komplikationen am Pouch auf, die eine Rückverlagerung verzögern oder unmöglich machen, werden die Stomaprobleme für den Patienten zentral.

In einer älteren Studie wurde gezeigt, dass die Anlage eines endständigen statt doppelläufigen lleostomas im Rahmen der Pouchoperation zu wesentlich weniger Komplikationen am Stoma führt. Allerdings musste dann bei der Rückverlagerung häufig laparotomiert werden, weshalb sich dieses Verfahren nicht verbreitet hat. Man sollte als Chirurg jedoch an diese Option denken, falls es völlig unmöglich erscheint, ein "passables" Stoma auszuleiten.

Rückverlagerung des doppelläufigen Ileostomas

Grundsätzlich ist die Rückverlagerung des doppelläufigen Ileostomas eine der einfacheren abdominellen Operationen. Bei den Pouch-Patienten kann die Rückverlagerung aus dem gleichen Grund problematisch werden wie die Anlage – das kurze Mesenterium erschwert das ausreichende Hervorluxieren der Dünndarmschlinge vor die Bauchdecke. Diesen Schritt benötigt man, um unbeschwert die Dünndarmanastomose anlegen zu können.

Das Problem kann immer dadurch gelöst werden, dass man laparotomiert. Da muss allerdings auch der Chirurg selbst immer wieder über seinen Schatten springen, empfindet man doch eine Laparotomie bei solcher Operation oft als eine Art "Versagen". Man sollte jedoch bedenken, dass meistens eine gerade 8-10 cm lange Laparotomie genügt, um das Stoma völlig unproblematisch schließen zu können. Die Abwägung der Risiken ist daher sehr wichtig und gelingt einem erfahreneren Chirurgen vielleicht leichter. Insgesamt ist diese Maßnahme selten erforderlich.

Pouchversagen

Eine gute Pouchfunktion, die wir ja uns bei jedem einzelnen Patienten erhoffen, bedeutet: 5-8 Stühle/Tag, 0-1 Stühle/nachts, normale Kontinenz und ein gut beherrschbarer Stuhldrang. Dieses Ziel kann nicht bei allen Patienten erreicht werden. Die Gründe hierfür sind vor allem:

- a) die Pouchitis,
- b) eine durchgemachte Anastomosenkomplikationen am Pouch
- c) neu aufgetretene Analfisteln

Andere Ursachen sind wesentlich seltener.

Die chronische Pouchitis ist die Entzündung des Pouches. Sie trifft bei mehr als der Hälfte der Patienten auf, kann jedoch bei den meisten Patien-

Das Thema Mag Si Nr. 89 · 08/2022 39

ten mit Antibiotika oder Immunsuppressiva beherrscht werden, so dass die Pouchfunktion wieder besser wird. Bei gut 10-20 % der Patienten ist die Pouchitis jedoch so stark, dass sie nicht kontrolliert werden kann und die Patienten dauerhaft schlechte Funktion aufweisen - die Stuhlfrequenz liegt bei über 10 Mal/Tag, nachts müssen die Patienten 3-5 Mal auf die Toilette, der Drang kann nicht lang kontrolliert werden und ständig tritt das Stuhlschmieren auf. Ähnliche Beschwerden äußern auch die Patienten, die eine relevante Anastomoseninsuffizienz erlitten hatten oder vor allem die Patienten, bei denen die Anastomoseninsuffizienz nicht komplett verheilt ist.

Bei Colitis ulcerosa Patienten sollte es ja an sich keine Analfisteln geben. Die Tatsache ist jedoch, dass ein Teil der Pouchpatienten trotzdem Analfisteln entwickeln, bei Frauen sind es nicht selten die rektovaginalen Fisteln. Es ist mühsam zu diskutieren, ob nun die Diagnose auf M. Crohn verändert muss oder sollte. Wichtig ist die Konsequenz. Nicht jede Analfisteln führt zum Pouchversagen. Aggressiv verlaufende perianale Fistelung kann jedoch zu so starkem Ausfluss, Schmerzen und Inkon-tinenz führen, dass der Pouch nicht erhalten werden kann.

Ca. 10 % aller Pouchpatienten verlieren ihren Pouch. Liegt die Ursache in einer durchgemachten Anastomoseninsuffizienz kann der Pouch neu gebildet und angelegt werden, was allerdings technisch sehr aufwändig ist. Auch ist die Funktion des zweiten Pouch selten ganz optimal. Diese Option besteht jedoch.

Liegt die Ursache des Pouchversagens in einer Pouchitis oder analen Fistelung kann der Pouch nicht noch einmal angelegt werden und ein endständiges Ileostoma ist erforderlich. In solchen Fällen ist es wirklich hilfreich, wenn die primäre chirurghische Behandlung dreizeitig durchgeführt wurde, sprich: die Patienten haben bereits eine (gute) Erfahrung mit dem endständigen Ileostoma. Diesen Patienten fällt es dann nicht ganz so schwer, diesen Schritt zu gehen. Die zweizeitig operierten Patienten kennen dagegen lediglich das (oft schlechte) doppelläufige Ileostoma





Abbildung 3. Extraperitoneale Ileostomie nach Goligher.





Literatur

und haben eine dermaßen starke Angst vor Ileostomie, dass sie lieber bereit sind, weiterhin mit einem sehr schlecht funktionierenden Pouch zu leben.

Wird erneut ein endständiges Ileostoma angelegt, können erneut dauerhaft die Komplikationen auftreten, die weiter oben beschrieben wurden immer wieder auftretender mechanischer Ileus, Stomaprolaps und -retraktion. Um diesen Problemen prophylaktisch zu begegnen, empfiehlt sich die sogenannte extraperitoneale Stomaanlage (Abb. 3).

Diese Lösung wurde bereits 1958 vom britischen Chirurgen Goligher vorgeschlagen. Dabei wird das Ileum zwischen dem Peritoneum und der Bauchdecke zum Stomakanal geführt. Diese Maßnahme ist vor allem in Bezug auf die Ileus- und Hernienprophylaxe wirksam, jedoch weniger in Bezug auf Prolaps und Retraktion. Schließlich kann auch ein kontinentes lleostoma (z. B. Kock Pouch) ausgeleitet werden, dies soll in einem gesonderten Artikel erörtert werden.

- 1. Corbett R.S. A review of the surgical treatment of chronic ulcerative colitis. Proc R Soc Med 1944: 38: 277.
- 2. Brown JY. The value of complete physiologic rest oft the large bowel in the treatment of certain ulcerative and obstructive lesions of this organ. Surg Gynecol Obstet 1913; 16: 610-3.
- 3. Warren R, McKittrick LS. Ileostomy for ulcerative colitis; technique, complications, and management. Surg Gynecol Obstet. 1951;93:555-67.
- 4. Brooke BN. The management of an ileostomy, including its complications. Lancet. 1952 Jul 19;2(6725):102-4.

Korrespondenzadresse:



Prof. Dr. Igors Iesalnieks Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie Evangelisches Krankenhaus Kalk Buchforststr. 2 51103 Köln

Tel.: 0221 82892400 E-Mail: iesalnieks_igors@hotmail.com



MaqSi[®]

Nr. 89 · 08/2022



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 I 53560 Vettelschoβ www.sani-aktuell.de

Lernen Sie

☑ Wann Sie wollen☑ Wo Sie wollen☑ Wie Sie wollen

WissWerk online ermöglicht modernes E-Learning: individuell, flexibel und praxisnah

Refresher für Medizinprodukteberater:innen

Übungskurse im Ernährungsmanagement, in der Stoma- und Kontinenzversorgung

Online-Kurs zur BIA-Messung

Videotutorials in der Stoma- und Kontinenzversorgung



Mehr zu Inhalten, Preisen und Kursangeboten unter www.wisswerk-online.de



Mit den **WissWerk Webinaren** lernen Sie im direkten Kontakt zu unseren Fachexpert:innen

Ernährungsmanagement: Besonderheiten, Palliativversorgung und Prähabilitation

Spezielle Kontinenzversorgung – Fokus Querschnittlähmung: Die neurogene Blase, Darmmanagement und Hilfsmittelauswahl

Wundmanagement: Von den Grundlagen über die Dokumentation zu den Therapieoptionen

Sie möchten kostenfrei schnuppern? In 45 min geben wir Ihnen erste Einblicke.







11. – 12. November 2022

33. Kongress der

Deutschen Kontinenz Gesellschaft

Kap Europa

Osloer Straße 5

60327 Frankfurt am Main

Tel.: 030 - 679 668 859

Fax: 030 - 679 668 8595

E-Mail: j.broehl@kelcon.de

www. kontinenzkong ress. de



Mehrere Online-Schulungen für Medizinprodukteberater:innen in 2022 **BVMed-Akademie**

www.bvmed.de/akademie



24. November 2022

Interdisziplinärer WundCongress 2022 live und virtuell Sartory Säle, Köln

www.wundcongress.de



29. September / 01. Oktober 2022

WundD.A.CH Dreiländerkongress

Kultur- und Kongresszentrum Liederhalle, Stuttgart www.wunddach-kongress-2022.org



01. - 02. Dezember 2022

5. Nürnberger Wundkongress

01. – 02. Dezember 2022 Messe, Nürnberg www.wuko2022.de

MagSi® Nr. 89 · 08/2022 Fachgesellschaft aktuell

Kooperationspartner



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

DBfK O

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 Glaubrechtstaße 7, 35392 Giessen Tel.: 0641/6868518 dgfw@dgfw.de – www.dgfw.de



Initiative Chronische Wunden e.V.

Geschäftsstelle: Brambusch 22, 44536 Lünen Tel.: 0231/7933121 – www.icwunden.de



Berufsverband Kinderkrankenpflege

Deutschland e.V. Janusz-Korczak-Allee 12, 30173 Hannover Tel.: 0511/282608

Tel.: 0511/282608 Bv-Kinderkrankenpflege@t-online.de



Wannsee-Akademie

Ansprechpartnerin: Frau Ria Günther Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin Tel.: 030 / 8 06 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



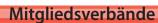
FORUM Gesundheit - Fort- und Weiterbildung

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





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

Fachgesellschaft aktuell MagSi[®] Nr. 89 · 08/2022



Irmela Gnass, Erika Sirsch

Die Komplexität des Schmerzes

Schmerzexpertise nach dem EFIC-Curriculum

Verlag: Hogrefe AG 1. Auflage 2022 (27. Juni 2022) 176 Seiten ISBN 978-3-45686-19-68 / € 32.95

Schmerzexpertise in den Feldern der Gesundheitsversorgung

Schmerz ist ein multidimensionales Phänomen und betrifft Menschen aller Altersstufen und Erkrankungen in jedem Stadium ihres Lebenslaufs. Neben den körperbezogenen Faktoren rücken zunehmend psychosoziale Faktoren in den Fokus der Schmerzexpert innen. Sie koordinieren den therapeutischen Prozess, beraten die Patient innen und ihre Zu- und Angehörigen, fördern ihre Lebensqualität und gestalten maßgeblich ihre gesundheitliche Versorgung. In ihrer spezifischen Nähe zu Menschen mit Schmerz sind sie die professionellen Fachkräfte für Assessment, Diagnostik, Intervention und Evaluation in einem multiprofessionellen Kontext. Die insgesamt vier Bände zum Thema orientieren sich am Curriculum der European Pain Federation (EFIC) und verknüpfen u.a. mit Case Reports die interdisziplinären Perspektiven mit den praxisorientierten Erkenntnissen der Herausgeber innen und Autor innen aus den verschiedenen Feldern der Schmerztherapie.



David S. Butler, Lorimer G. Moseley

Schmerzen verstehen

Verlag: Springer 3. Aufl. 2016 (21. April 2016) 143 Seiten ISBN 978-3-66248-65-73 / € 59,99

Dieses Buch vermittelt auf anschauliche Weise, wie Schmerz entsteht, warum er anhalten kann oder immer wieder auftaucht und wie man mit ihm am besten im alltäglichen Leben umgeht. Patienten, die über die Entstehung, Verarbeitung und Wahrnehmung von Schmerzen Bescheid wissen, kommen erwiesenermaßen besser mit ihnen zurecht. Die Autoren dieses Buches erklären komplexe neurowissenschaftliche Fakten und zeigen verständlich, wie dieses Wissen in die therapeutische Praxis integriert werden kann. Finden Sie als Arzt oder Therapeut gemeinsam mit Ihrem Patienten eine gemeinsame Sprache und entwickeln Sie wirksame Instrumente zur Schmerzbewältigung und erfolgreiche Behandlungskonzepte. Stellen Sie sich als Betroffener dem Phänomen Schmerz und lernen Sie hilfreiche Verhaltensstrategien für sich zu nutzen. Neu in der 3. Auflage: komplette Aktualisierung.



Stephanie Deutsch, Susan Hirschfelder, Christin Rettig

Pflegias – Generalistische Pflegeausbildung –

Lernkarten / Loseblattsammlung

Verlag: Cornelsen Verlag 15. Oktober 2022 600 Seiten ISBN 978-3-06451-24-12 / € 33,99

Lernlust statt Lernfrust

600 farbig illustrierte Frage-Antwort-Karten machen es möglich! Passend zu Pflegias Band 1 und 2 finden Sie die wichtigsten prüfungsrelevanten Themen zum Festigen, Wiederholen oder Selbsttesten in zwei handlichen Kartenboxen. Ob zuhause, unterwegs oder im Unterricht – Mit den übersichtlichen Pflegias-Lernkarten haben Sie schnelle Erfolgserlebnisse. Ideal für die Vorbereitung auf Tests, Klausuren oder das Examen.



MagSi[®] Nr. 89 · 08/2022 Buch-Tipp



Die soft konvexe CeraPlus™ Hautschutzplatte mit Remois* Technologie

- innovative Hautschutzformel, trägt dazu bei gesunde Haut gesund zu erhalten
- flexible Anpassung an viele Körperformen und Bewegungen
- für ein gutes Lebensgefühl bei Tag und Nacht

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. Hollister, 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. © 2022 Hollister Incorporated.



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





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

Erscheinungsmonate

ISSN 1863-1975

Internet: www.fgskw.org

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 06/378 39 95 E-Mail: sekretariat@fgskw.org Internet: www.fgskw.org

Abonnement

Bezugspreis Jahresabonnement Inland- und Ausland 15,00 € zzgl. Versand Einzelheftpreis 5,30 € inkl. Inland-Versand.

Das Abonnement gilt zunächst bis zum Ende des folgenden Kalenderjahres. Danach kann das Abonnement jährlich bis zum 30.09. jeden Jahres zum Jahresschluss gekündigt werden.

Zielgruppen

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

Ein zum Abonennten-Versand zusätzlich durchgeführter zielgruppenorientierter Wechselversand bundesweit oder gezielt regional wird zur Öffentlichkeitsarbeit regelmäßig durchgeführt.

Bankverbindung

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

Geschäftsbedingungen Das MagSi® Magazin

Stoma – Kontinenz – Wunde, die Fachzeitschrift für Pflege, Fortbildung und Berufspolitik ist aktuell, innovativ und unabhängig. Sie ist das Organ der FgSKW (Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde) e.V. Die Mediadaten, Anzeigenpreisliste und Geschäftsbedingungen können gerne bei der Redaktion oder beim Herausgeber angefordert werden. Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr. Gerichtsstand ist der Sitz der Geschäftsstelle.

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

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

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

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

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

Die nächste Ausgabe Ihrer

MagSi® Magazin

Stoma · Kontinenz · Wunde

erscheint im Dezember 2022

MagSi®

Nr. 89 · 08/2022



DIE ERGEBNISSE, DIE SIE LIEBEN, SEHEN JETZT BESSER AUS ALS JE ZUVOR!



Niltac™, Silesse™ & Sensi-Care™ sind jetzt

ESENTA

ESENTA™ ist die optimierte Lösung von ConvaTec für reizfreien Hautschutz und Pflasterentfernung.

Erfahren Sie mehr!



Gebührenfreie Kundenberatung: 0800 - 78 66 200 oder convatec.servicede@convatec.com

Stomacare

Die neue Bandagen-Generation

Interesse an Produktschulung? Hier finden Sie unsere aktuellen Online-Semina Angebote:



Die "Plus"-Punkte in der Übersicht

Ein Kunststoffring umfasst die Stomaöffnung und sorgt für Hellgrauer Farbton bietet optimale Formbeständigkeit, zusätzliche Stabilität und eine leichte Reinigung Diskretion auch unter heller Kleidung Dünne Bandagen-Vorderseite aus Velours Integrierte Prolapsabdeckung für ein angenehm leichtes Tragegefühl zum Schutz bei der Stomapflege Verschiedene Höhen für das jeweils Coolmax-Material für einen hohen individuelle Bedürfnis zur Auswahl 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