

MagSi[®]

MAGAZIN



STOMA
KONTINENZ
WUNDE

Das Thema

High-Output-Syndrom

Das Leben findet einen Weg
– auch mit Stoma!

Klinikpartnerschaft
Franziskus-Hospital
Harderberg und First
Central Hospital
of Mongolia

Weiterbildung Aktuell

Neuer Abschlussjahrgang
„Pflegerexperte SKW“
in Rheine



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

Walton, SenSura® Mio Konkav Nutzer

SenSura® Mio Konkav – gemacht für Rundungen

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

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

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



SenSura® Mio Concave



Ausblick

DAS THEMA	4	High-Output-Syndrom – bei Ileostoma
	16	Ist eine Mindestmenge für Darmkrebs-Operationen sinnvoll?
	19	Das Leben findet einen Weg – auch mit Stoma!
	23	Klinikpartnerschaft Franziskus-Hospital Harderberg und First Central Hospital of Mongolia
	26	Weiterbildung, Vernetzung und Austausch in Bremen
	28	Für Sie im Gespräch
AKTUELL	32	FgSKW-4-tägiger Online-Refresher-Kurs für Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten Stoma Kontinenz Wunde
	33	Uropean Council Of Enterostomal Therapy
	34	ECET 2023
FACHGESELLSCHAFT AKTUELL	36	Termine/Kongresse
	37	Kooperationspartner/Mitgliedsverbände
BUCH-TIPP	38	Buchvorstellung
WEITERBILDUNG AKTUELL	39	Neuer Abschlussjahrgang „Pflegeexperte SKW“ in Rheine
	40	Neuigkeiten bei Produkten und Dienstleistungen
SCHAUFENSTER	42	Impressum/Vorschau nächste Ausgabe

Liebe Leserinnen und Leser,

in der Garage steht das Motorrad, die Batterie ist ausgebaut. Das Fahrrad steht wehmütig an der Wand. Es weiß, dass es jetzt für lange Zeit ruhen darf. Im Keller türmen sich die Pflanzen, denen es draußen zu kalt ist.

Sie haben sich zurückgezogen und sammeln neue Kräfte. Die Natur schläft und träumt vom Auferstehen im nächsten Frühjahr.

Wohl den Menschen, die diese Zeit zu nutzen wissen als eine Zeit, in der es langsamer geht, gemächlicher und besinnlicher.

Wohl denjenigen, die sich zurückziehen können und neue Kräfte für das neue Jahr sammeln können.

Genießen Sie, liebe Leserinnen und Leser, die ruhige Zeit des Jahres.

Wir wünschen Ihnen ein schönes Weihnachtsfest und kommen Sie gut und gesund im neuen Jahr an.

Ihre MagSi® Redaktion

Herausgeber

FgSKW Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde e.V.

Kooperationspartner

DBfK Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe

DGfW FORSCHUNG - WISSEN - PRAXIS

Mitgliedsverbände

Deutsche Kontinenz Gesellschaft

DCCV e.V. Deutsche Morbus Crohn/Colitis ulcerosa Vereinigung

ilco DEUTSCHE

Gesellschaft für Rehabilitation bei Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e.V.

Wannsee Akademie

STOMA-WELT.DE

Akademie WUNDMitte Aus Freude am Wissen

Titelmotiv: AdobeStock © schankz

High- Output- Syndrom

– *bei Ileostoma* –

*Was zu viel ist,
ist zu viel*

Vorwort

Da ich im Laufe meiner Berufstätigkeit immer wieder mit der Problematik des High-Output-Stomas konfrontiert wurde, war es sehr reizvoll für mich, näher in diese Thematik einzutauchen.

Bei meiner täglichen Arbeit fiel mir immer wieder auf, dass kein einheitlicher Standard zur Versorgung der Patienten mit dieser Problematik in der Universitätsklinik in Erlangen vorhanden ist. Die derzeitige Praxis lässt viele verschiedene Behandlungsmöglichkeiten zu. Es hinterlässt für mich den Eindruck: „Ab-

hängig von der Funktion kocht jeder sein eigenes Süppchen“.

In einer Vielzahl meiner Gespräche mit Patienten wurden von diesen ein Wissensdefizit und die Hilflosigkeit im Umgang mit dem High-Output-Stoma benannt. Zusätzlich wurde der Wunsch geäußert, sowohl von Patienten als auch von Pflegekollegen, gezieltes Informationsmaterial zum Nachlesen zu erhalten. Damit möchte der Patient die Möglichkeit und Sicherheit bekommen, selbst frühzeitig Probleme zu erkennen und im Rahmen des Selbstmanagements gezielte Maßnahmen einzuleiten. Für mich war diese Mischung aus dem

Informationswunsch des Patienten und der betreuenden Pflegekollegen, dem Wunsch nach einer strukturierten und einheitlichen Vorgehensweise im Universitätsklinikum in Erlangen und meinem persönlichen Anspruch zum professionellen Arbeiten am Patienten Anlass für dieses Thema.

Einleitung

Bei der Anlage eines Ileostomas (operative Anlage eines Enterostomas im Bereich des Ileum) kann es zu unterschiedlichen Komplikationen kommen. In der folgenden Arbeit wird das High-

Bild: AdobeStock @ MQ-Illustrations

Ileostoma

Output-Syndrom (hoher Flüssigkeitsverlust über das Stoma) nach Ileostomaanlage bearbeitet. Im Klinikalltag sind immer wieder Patienten mit dieser Problematik anzutreffen. Sie entwickeln Symptome wie stark verdünnte Stuhlausscheidung, Abgeschlagenheit, konzentrierter Urin, Elektrolytverlust oftmals in den ersten Tagen oder Wochen nach der Stomaanlage. Im weiteren Verlauf ihrer Erkrankung kann es zu einer Entwicklung dieser Symptome auch nach der Entlassung aus der Klinik kommen.

Durch den Wasserverlust kommt es zu Elektrolytentgleisungen und Dehydration mit Folge eines drohenden Nierenversagens beim Patienten. Dies führt häufig zu einer erneuten stationären Wiederaufnahme der Betroffenen. Die Patienten erkennen die Komplikationen nicht rechtzeitig und stufen diese als nicht bedrohlich ein.

Es stellen sich folgende Fragen:

- Warum wird das High-Output-Stoma oft erst sehr spät erkannt?
- Wie kann man Betroffene und Behandelnde dafür sensibilisieren?

Das Ziel der Facharbeit soll die Entwicklung eines Informationsblattes für Patienten sein. Mit diesem soll der Betroffene die Anzeichen für ein High-

Output-Stoma rechtzeitig erkennen und frühzeitig eigenständig sinnvolle Gegenmaßnahmen einleiten können. Des Weiteren soll ein Standard zum Management im stationären Bereich mit anschließender Implementierung daraus entwickelt werden. Eine Evaluation soll in Absprache mit den entsprechenden Abteilungen (Ärzte, Stomatherapie, Ernährungsberatung, Apotheke) in regelmäßigen Abständen (viertel- bis halbjährlich) erfolgen. Zuerst wird auf die Anatomie und Physiologie des Verdauungstraktes näher eingegangen. Danach schließen sich die Darstellungen der verschiedenen Stomata mit Indikation, Versorgung und Umgang mit dem Stoma an. Der nächste Abschnitt erläutert die verschiedenen Ileostomaanlagen. Der Schwerpunkt liegt in dieser Arbeit auf dem High-Output-Stoma mit seinen Ursachen, Anzeichen und den Therapiemöglichkeiten.

Die Informationen zu den genannten Punkten werden aus deutschsprachiger Fachliteratur bezogen. Aus den gewonnenen Informationen soll die Grundlage für die Entwicklung eines Patienteninformationsblattes und eines hausinternen – interdisziplinären Standards zur Vorgehensweise bei High-Output-Stoma erfolgen. Den Abschluss der Facharbeit bildet

das Fazit mit der Reflektion der zusammengetragenen Informationen. Aus Platzgründen sind weite Teile der sehr umfangreichen Originalarbeit in diesem Artikel nicht enthalten.

Physiologie des Verdauungstraktes

Als Verdauung bezeichnet man Vorgänge, die durch die Nahrungszufuhr für den Körper aufnahmefähig gemacht werden. Dazu werden die Nahrungsmittel zerkleinert, zum einen mechanisch und zum anderen chemisch. Wichtige, dem Dünndarm anhängende Organe sind hier die Leber mit Gallenwegsystem und Gallenbase sowie die Bauchspeicheldrüse. Durch die Resorption (Aufnahme der Nahrungsstoffe) über die Blutbahn erfolgt die Aufnahme in den Körper. Hauptaufgaben des Dünndarms sind Resorption von Nährstoffen und pH-Pufferung des Speisebreis. Der Dickdarm ist für die Rückresorption von Wasser, Elektrolyten, Gallensäure, Herstellung von Vitamin K, Gärung- und Fäulnisprozess und Speicherung des Stuhls verantwortlich.

1.1 Motorische Funktion des Darmes

Durch die konzentrischen, ringförmigen Einschnürungen bzw. Erweiterun-

gen des Darmlumen und die Peristaltik wird der Darminhalt durchgeknetet, durchgemischt und weitertransportiert. Das Nervensystem steuert diese Vorgänge und beeinflusst gleichzeitig auch die sekretorische Funktion des Darmes. Typische Bewegungsmuster wie propulsive Peristaltik (für Transport) und Pendelbewegungen (für Durchmischung des Darminhaltes) sind bekannt. Die Zusammensetzung des Darminhaltes und der einzelnen Nahrungsbestandteile beeinflussen zusätzlich zur Nahrungsaufnahme die Bewegung des Verdauungstraktes. Der Zeitbedarf zur Verdauung ist sehr unterschiedlich und kann von vielen Faktoren abhängen. Der Magen benötigt bis zu 3 Stunden, um den Speisebrei an das Duodenum weiterzugeben. Abhängig ist diese Spanne vom Fett- und Eiweißgehalt der Nahrung. Der Dünndarm benötigt eine Zeitspanne von etwa 7-9 Stunden. Im Dickdarm beträgt die Passagezeit 30-36 Stunden (Schwankungen von 5-90 Stunden sind bekannt). Abhängig ist die Passagezeit von der Nahrungszusammensetzung, dem Füllungsgrad und den vegetativen Gegebenheiten.

Resorption

Hauptort der chemischen Nahrungsaufbereitung und der Absorption der Nahrungsstoffe ist der Dünndarm. Am Anfang des Duodenum kommen ca. 1,5 Liter Pankreassekret und 0,5 Liter Galle zu 2-3 Liter Flüssigkeit aus der Dünndarmschleimhaut zusammen. Durch die Verdauungssäfte werden die Nahrungsstoffe gespalten und können anschließend resorbiert werden. Der Dünndarm wird als größtes endokrines Organ angesehen und beeinflusst zusätzlich die Immunabwehr.

Kohlenhydrate: Durch die Amylase aus Speichel und Bauchspeichelsekret wird die Verdauung der Kohlenhydrate begonnen. Diese spalten Polysaccharide und Stärke in Disaccharide bis hin zu Monosacchariden. Größtenteils erfolgt die Resorption im Jejunum.

Eiweiß: Bereits durch das Pepsin aus dem Magen wird das Protein in Oligopeptide und durch Trypsin im Duodenum in Aminosäuren umgewandelt. Der abschließende Vorgang findet im Duodenum statt, mit anschließendem Weitertransport in die Pfortader.

Fette: Die hauptsächliche Fettverdauung findet im Duodenum statt. Hier werden Triglyceride mithilfe der Lipase und der Gallenflüssigkeit aufgeschlüsselt und bilden Mizellen (kleine Fettkügelchen). Fettlösliche Vitamine hängen sich an die Mizellen und wandern mit ihnen durch die Mukosa, um sich anschließend wieder von ihnen zu trennen. Die Chylomikronen werden aus den wiedervereinigten Triglyceriden und Proteinen geformt. Diese werden über die Lymphe abtransportiert und gelangen über den Ductus thoracicus (Hauptabflussweg des Lymphsystems) in das venöse Blutssystem, um die Zielorgane zur Energiegewinnung und Speicherung zu erreichen.

Wasser und Elektrolyte: Etwa zehn Liter Wasser gelangen täglich in den Darm. Sie setzen sich aus getrunkenen Flüssigkeit, Speichel, Magensaft, Pankreassekret, Gallen- und Dünndarmflüssigkeit zusammen. Hiervon wird der größte Teil im Dünndarm (Jejunum 6 Liter, Ileum 3 Liter) absorbiert. Im Kolon wird noch etwa 1 Liter resorbiert und ca. 0,1 Liter werden mit dem Kot ausgeschieden. Hyperosmolare Nahrung beeinflusst die Flüssigkeitsausscheidung des Dünndarms. Hierbei wird ein osmolares Gleichgewicht durch vermehrtes Zusteuern von Wasser aus dem oberen Dünndarm angesteuert. Elektrolyte werden sowohl aktiv wie auch passiv aufgenommen. Hierunter fallen Natrium, Kalium, Bikarbonat und Calcium.

Endokrine Funktion/Steuerung: An der Verdauung sind hauptsächlich die Hormone Sekretin und Cholecystokinin beteiligt. Sekretin wird in der Dünndarmwand gebildet und durch Kontakt mit saurem Mageninhalt, Fett und Galle freigesetzt. Daraufhin gibt die Bauchspeicheldrüse Wasser und Bicarbonat zur Neutralisierung des Mageninhaltes ab. Dieses Hormon steuert den Gallenfluss, bremst die Magensäureproduktion und die gastrointestinalen Motilität. Cholecystokinin wird durch Kontakt mit Aminosäuren und Fettsäuren freigesetzt. Durch die ins Duodenum gelangten Nahrungsstoffe (vor allem Aminosäuren und Fettsäuren) zieht sich die Gallenblase zusammen, gleichzeitig öffnet sich der Schließmuskel der Papille. Es stimuliert außerdem die Enzymsekretion des Pankreas.

Vitamin B 12: Dieses Vitamin wird ausschließlich im terminalen Ileum aufgenommen. Vorher muss es sich mit dem in der Magenschleimhaut gebildeten Intrinsic Faktor verbinden. Nur so kann es im terminalen Ileum absorbiert werden.

Gallensäure: Die Gallensäuren emulgieren die Fette. Der enterohepatische Kreislauf ist für die Resorption der Gallensäure verantwortlich. Die Leber synthetisiert die Gallensäure und gibt diese über die Gallenflüssigkeit in den Darmtrakt ab. Dieser befördert sie ins terminale Ileum. Hier erfolgt die Resorption der Gallensäure über die Schleimhaut und wird über den Kreislauf in die Leber zurück transportiert. Dieser Vorgang wiederholt sich ca. 10-mal am Tag. Etwa 40 mg der Gallensäure gehen bei jedem Umlauf verloren und werden über den Stuhl ausgeschieden. Der Verlust wird über eine Neubildung in der Leber ausgeglichen.

Restverdauung: Diese findet im Kolon statt. Hier werden 90 Prozent des Wassers resorbiert. Des Weiteren werden Natriumchlorid, Ammoniak, Harnstoff und kurzkettige Fettsäuren aufgenommen und Kalium und Bikarbonat ausgeschieden. Der gesamte Dickdarm ist mit Bakterien besiedelt. Dadurch kommt es zur Synthese von Vitamin K über die Schleimhaut. Der bakterielle Gärungsprozess lässt Darmgase (primär Wasserstoff, Methan und Kohlendioxid) entstehen. Der Defäkationsprozess wird durch Weitertransport der Fäzes in das Rektum ausgelöst. Es werden durchschnittlich 100-500 g Stuhl pro Tag entleert.

1.2 Stomaarten

Für die Anlage eines Stomas werden gut bewegliche Darmabschnitte benötigt, um die Abstände zwischen Bauchraum und Hautniveau zu überwinden. Auskunft über die Lokalisation geben die entsprechenden Darmabschnitte: Jejunum, Ileum, Colon ascendens, Colon transversum, Colon descendens und Sigma. Im Bereich des Jejunums wird das Jejunumstoma angelegt. Das Ileostoma liegt somit im Ileum und hier erfolgt die Anlage meist im terminalen Ileum. Ascendostomie, Transversostomie, Descendostomie oder Sigmoidostomie sind Stomaanlagen im Bereich

des Kolons. Für alle Stomaanlagen ist die optimale Platzierung für die spätere Selbstversorgung elementar wichtig. Hierbei sind die Grundsätze der präoperativen Stomamarkierung zu beachten.

Kolostomata werden in dieser Arbeit nicht näher beleuchtet, da der Fokus auf das Ileostoma gelegt ist.

Endständiges Ileostoma

In den meisten Fällen befindet sich die Stomaanlage im rechten Unterbauch zwischen Bauchnabel und Spina iliaca anterior superior. Das Stoma sollte innerhalb des Musculus rectus abdominis positioniert werden. Für ein prominentes Ileostoma wird der Dünndarm evertiert und an der Bauchdecke fixiert. Der Dünndarmanusgang sollte bei der Anlage circa 2 cm prominent über der Bauchdecke ausgeleitet werden. Das Ileum wird möglichst nah am Zökum abgesetzt und idealerweise spannungsfrei aus der Abdominalhöhle ausgeleitet. Es muss ein gut durchblutetes Mesenterium und die Vitalität des ausgeleiteten Darmabschnittes erhalten bleiben.

Doppelläufiges Ileostoma

Bei einem doppelläufigen Stoma sind zwei nebeneinander liegende Darmöffnungen zu sehen. In der Regel werden doppelläufige Ileostomata angelegt, wenn eine Rückverlegung geplant oder eine schnelle Entlastung des Darmes nötig ist. Die Positionierung erfolgt unter den gleichen Kriterien wie beim endständigen Ileostoma. Die Dünndarmschlinge wird spannungsfrei aus der Abdominalhöhle gezogen und auf der Bauchdecke abgelegt. Zur Unterstützung der Darmschlinge auf der Bauchdecke wird oftmals ein Reiter untergelegt und festgenäht. Die Darmvorderwand wird asymmetrisch zur Hälfte eröffnet. Der größere Darmanteil bildet den zuführenden Schenkel. Der evertierte orale Schenkel wird prominent und der aborale Schenkel auf Hautniveau eingenaht.

Es wird eine kaudale Anlage des zuführenden Schenkels zur Mesenterialachse empfohlen. Allerdings besteht hierbei die Gefahr der Torquierung des Mesenteriums und die Rekonstruktion ist anspruchsvoller. Die genaue Information über die Position des oralen und aboralen Schenkels bekommt man vom Operateur.

Split-Stoma

Das Split-Stoma stellt eine besondere Form der Stomaanlage dar. Es werden ein oraler und ein aboraler Stomaschenkel ausgeleitet. Es kann sich entweder keine oder eine mehr oder weniger große Hautbrücke zwischen den beiden Schenkeln befinden. Der dazwischen liegende Darmabschnitt wurde reseziert. Eine Anastomose war nicht möglich oder zu gefährlich, z. B. bei schwerer Peritonitis. Man kann das Split-Stoma auch als zwei endständige Stomata, getrennt-endständige Stomaanlage, doppelläufiges Stoma mit Hautbrücke oder endständiges Stoma mit Mucosfistel bezeichnen.

2 Indikation für eine Stomaanlage

Es gibt vielfältige Gründe für die Indikationsstellung zur Stomaanlage. Das Ziel der Anlage eines künstlichen Darmanusgangs ist die Ausleitung des Darminhaltes. Ein intestinales Stoma ist immer dann notwendig, wenn nachgeschaltete Darmanteile entfernt worden sind, eine unkomplizierte normale Passage nicht möglich ist oder zur Sicherung des Heilungsprozesses vorübergehend ein Darmanteil entlastet werden soll. Die Anlage eines Stomas kann das einzige und alleinige Behandlungskonzept sein, oder im Rahmen einer mehrschrittigen operativen Vorgehensweise erfolgen.

Indikation für eine Ileostomaanlage

(Glatzle, Eisner, 2017):

Die Ileostomaanlage erfolgt entweder temporär (vorübergehend) oder permanent (endgültig).

Temporär:

- Als Anastomosenschutz, z. B. bei
 - Tiefer anteriorer Rektumresektion
 - Restaurativer Proktokolektomie mit ileoanalem Pouch bei Colitis ulcerosa oder familiärer adenomatöser Polyposis coli (FAP)
- Bei Notfallindikation zu (subtotalen) Kolektomie, z. B. bei fulminanter Kolitis oder toxischem Megakolon
- Inkurable komplexe Fistelleiden bei Morbus Crohn

Permanent:

- Proktokolektomie, wenn ein ileoanaler Pouch nicht möglich/nicht gewünscht ist oder eine Sphinkterinsuffizienz vorliegt
- Strahlenkolitis

3 Material

Das Versorgungsmaterial spielt zur Erhaltung und Wiederherstellung der Lebensqualität des Stomaträgers eine entscheidende Rolle. Der Betroffene sollte mit einer sicheren, einfachen Versorgung ausgestattet werden. Ziel ist es, ein geeignetes Versorgungsmaterial zu finden, welches die Körperausscheidung möglichst geruchsfrei und flüssigkeitsdicht auffängt. Dieses Material sollte die Ausscheidung auch einen gewissen Zeitraum aufbewahren können und möglichst diskret und geräuscharm sein. Des Weiteren dürfen die verwendeten Materialien die stomaumgebende Haut nicht reizen und sollten die Haut vor den anfallenden Ausscheidungen schützen.

Die Stomaversorgungsmaterialien sind vom Arzt zu rezeptieren und zählen zu den zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln. Es gibt heutzutage auf dem Markt eine Vielzahl an verschiedenen Materialien. Es ist hierbei wichtig das geeignete Produkt für den Patienten zu finden. Die Versorgung richtet sich hier nach den momentanen körperlichen und geistigen Fähigkeiten und den individuellen Bedürfnissen des Patienten. Im weiteren Versorgungsverlauf sind hierbei auch die Anforderungen in seinem Alltag, Berufsleben, Partnerschaft und vieles mehr zu berücksichtigen. Grundsätzlich haben viele verschiedene Faktoren Einfluss auf die Wahl der Versorgung beim Darmstoma.

Grundlagen der Versorgungsauswahl bei Darmstoma

(Hofmann, Summa 2017)

- Konsistenz der Ausscheidung
- Aggressivität der Ausscheidung
- Prominenz des Stomas
- Stomaform
- Beschaffenheit der Haut
- Geistige und körperliche Befähigung
- Körperliche Gegebenheiten des Patienten
- Anatomische Lage des Stomas
- Persönliche Wünsche des Patienten

3.1 Ernährung bei Ileostoma

Die Ernährungsempfehlungen lehnen sich an den „Leitfaden Ernährungstherapie in Klinik und Praxis (LEKuP) bei Kurzdarmsyndrom bzw. chronisches Darmversagen“ an. Es ist darauf zu achten, die zugeführte Nahrung stets gut zu kauen und eventuell ein Kautraining

anzubieten. Nahrung und Getränke sollten voneinander getrennt zu sich genommen werden (ca. 30 Minuten vor und/oder nach dem Essen trinken). Die Mahlzeiten sollen auf mehrere kleinere Mahlzeiten über den Tag verteilt werden. Der Verzehr von Mono- und Disacchariden (Einfach- und Zweifachzucker) soll reduziert werden. Meiden von blähendem Obst und Gemüse sowie von schwer verdaulichen (z. B. Hülsenfrüchte, Nüsse) und langfaserigen (z. B. Spargel, Rhabarber) Lebensmitteln. Leichtverträgliche, viskositätssteigernde Ballaststoffe (Pektine, Flohsamen etc.) sind zu bevorzugen. Es ist auf eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr zu achten. Hier eignen sich Wasser, mit Wasser verdünnte Säfte und insbesondere isotonische Getränke. Nach einer Operation am Darm kann es zu Veränderungen bzw. Funktionseinschränkungen in der Verdauung und Nährstoffaufnahme kommen. Es bedarf einer gewissen Zeit, bis der Darm sich auf die neue Situation eingestellt hat. Diese kann man in drei Phasen einteilen.

Hypersekretionsphase: In dieser kommt es zu einer Überproduktion von Verdauungssäften und somit zu dünnflüssiger Stuhlausscheidung. Zur Folge hat dies eine beschleunigte Darmmobilität und damit eine geringere Aufnahmezeit für Nährstoffe.

Adaptionsphase: Der verbleibende Restdarm übernimmt nach einer gewissen Zeit teilweise die Aufgaben des fehlenden Darmabschnittes. Dadurch wird der Stuhl breiiger und die Nährstoffaufnahme verbessert.

Stabilisationsphase: Die Anpassung ist abgeschlossen und die Stuhlhäufigkeit und -volumen sind deutlich reduziert.

Prinzipiell sollte die Ernährung, wie auch vor der Operation gesundheitsfördernd, abwechslungs- und nährstoffreich sein. Es gibt keine spezielle Stomadiät, trotzdem sollte man im Alltag einige Grundregeln beachten. Während der ersten Wochen nach der Operation kann es zu Blähungen, Schmerzen und Durchfällen kommen. Der Verdauungstrakt ist durch die veränderte Situation irritiert und braucht eine Weile, um sich an die neuen Gegebenheiten anzupassen. Da der Körper lernfähig ist, kann er teilweise die Auf-

gaben des fehlenden Organs bzw. Organteils übernehmen. Mit dem Wegfall des Dickdarms muss der Dünndarm die Resorption von Wasser und Nährstoffen übernehmen. Je geringer der verbleibende Dünndarmanteil ist, desto schwieriger werden die Nährstoffresorption und die Aufrechterhaltung des Flüssigkeitshaushaltes. Dies beansprucht einen Zeitraum von ca. 6 bis 12 Monaten nach der Stomaanlage. Hierbei ist es wichtig den Elektrolythaushalt und Vitaminspiegel regelmäßig über Laborparameter zu kontrollieren. Auch sollte eine regelmäßige Gewichtskontrolle stattfinden. In den ersten Wochen nach der Operation sollte eine leicht verdauliche, ballaststoffarme Ernährung erfolgen. Regelmäßiges Essen (etwa alle 2 Stunden, insgesamt 5-6 kleine Mahlzeiten pro Tag) begünstigt die Darmtätigkeit. Die Getränkezufuhr sollte getrennt von der Essenaufnahme erfolgen (ca. 30 Minuten vor und/oder nach dem Essen trinken). Auch sollte die Ernährung an die geplanten Aktivitäten angepasst werden. Zum Beispiel keine blähenden Lebensmittel zu sich nehmen, wenn in bestimmten Situationen die Geräuschentwicklung des Darms unangenehm werden kann. Nahrungsmittelunverträglichkeiten, die vor der Operation bestanden, sollten auch nach der Stomaanlage berücksichtigt werden. Ausnahmen gibt es bei Laktoseintoleranz und Fructose-Sorbit-Malabsorption. Diese haben bei einem Dünndarmstoma keine Wirkung mehr. Diäten aufgrund anderer Vorerkrankungen (z. B. Diabetes,...) müssen auch nach der Stomaanlage berücksichtigt werden. Auf eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr (etwa 2 bis 3 Liter) mit geeigneten Getränken ist zu achten. Besonders gut geeignet sind isotonische Getränke, Mineralwasser mit wenig oder keiner Kohlensäure, Fruchtschorlen (Mischungsverhältnis 5 Teile Wasser, 1 Teil säurearmer Fruchtsaft), Früchte- oder Kräutertee und leicht gesalzene Gemüse- oder Fleischbrühe. Bei isotonischen Getränken handelt es sich um ein Flüssigkeitsgemisch mit einem Verhältnis von Zucker und Mineralstoffen (Teilchenkonzentration), die dem des

Blutes gleichen. Hierdurch erfolgt eine direkte Aufnahme über die Schleimhaut in den Blutkreislauf. Zum Ausgleich des Mineralstoff- und Elektrolytverlustes eignen sich salzige Snacks,

leicht gesalzene Brühe und isotonische Getränke. Für eine ungestörte Nachtruhe sollte etwa 2 Stunden vor dem Schlafengehen kein Essen oder Getränk mehr zu sich genommen werden. Empfehlenswert ist das Führen eines Ernährungstagebuches in den ersten Wochen nach der Operation. Es werden alle Nahrungsmittel und Getränke mit Zeitpunkt und entsprechender Wirkung notiert, um einen Überblick zu bekommen. Beobachten sollte man die gute Verträglichkeit, Bauchschmerzen, Blähungen, Durchfall etc.. Beim Einführen neuer Nahrungsmittel (empfehlenswert immer nur eines) ist deren Wirkungsweise zu berücksichtigen. Somit kann die Reaktion des Körpers auf das neue Nahrungsmittel genau beobachtet und im Tagebuch festgehalten werden. Auch ist ein Stundenplan hilfreich, um die Essens- und Trinkzeiten nicht zu vergessen. Bei Ausschaltung des terminalen Ileums ist die orale Vitamin B12 Resorption sowie die Aufnahme der fettlöslichen Vitamine A, D, E und K durch den Darm nicht mehr möglich. Dies kann zu irreversiblen neurologischen Schäden oder einer Störung der Blutbildung führen. Sollte die Ileostomaanlage länger als ein Jahr bestehen, muss der Vitamin B12 Spiegel kontrolliert und bei Bedarf durch Injektionen ausgeglichen werden. Ebenso kann es zu einer verminderten bzw. fehlenden Gallensäurerückresorption kommen. Dies verursacht eine Störung der Fettverdauung. Hierdurch werden fettige Speisen nicht mehr gut vertragen und es kann zur Bildung von Gallensteinen kommen. Eventuell müssen diese Verdauungsbeschwerden z. B. mittels Gallensäurebinder therapiert werden. Sollte mittels oraler Nahrungsaufnahme keine ausreichende Versorgung mit Nährstoffen, Vitaminen und Mineralstoffen möglich sein, muss eine zusätzliche parenterale Ernährung in Erwägung gezogen werden. Ein Screening zur Mangelernährung erfolgt über ein Konsil beim Ernährungsteam der Chirurgie am Universitätsklinikum Erlangen.

3.2 Medikamentenresorption bei Ileostoma

Resorptionsstörungen von Tabletten, Kapseln oder Arzneimittelbestandteilen sind bei Ileostomaträgern bekannt. Diese werden allerdings noch viel zu selten beachtet. Es gibt wenig Anga-

ben und keine systematische Untersuchung zur Resorption von Arzneistoffen. Oft bleiben mögliche Resorptionsstörungen unerkannt, unbehandelt oder werden möglicherweise falsch therapiert. Durch die Einbindung eines Apothekers können kritische medikamentöse Therapien optimiert werden. Auch sollte der Patient selbst und seine Angehörigen über mögliche Resorptionsprobleme aufgeklärt und beraten werden. Der Arzt, der Pflegeexperte und insbesondere der Apotheker sind bei Problemen die geeigneten Ansprechpartner. Diese sollten im interdisziplinären Team agieren.

Um die Wirksamkeit eines Arzneimittels sicherzustellen, muss es vom Körper aufgenommen werden und an seinen Wirkort gelangen. Der Dünndarm (vor allem Duodenum und Jejunum) ist hauptverantwortlich für die Resorption von Arzneistoffen. Hier erfolgt die Arzneistoffaufnahme über die Darmwand häufig per Diffusionsprozess ins Blut. Aufgrund der Ileostomaanlage kann die Länge der Resorptionsstrecke verkürzt und somit die Resorptionskapazität vermindert sein. Eine schnelle, langsame oder verzögerte Abgabe von Arzneistoffen ist abhängig von der Arzneiform. Daraus ergibt sich die Bevorzugung von Medikamenten mit schnell freisetzender Wirkung.

Am besten eignet sich eine Applikation unter Umgehung des Magen-Darm-Traktes. Beispiele hierfür sind Tropfen, Saft, Suspensionen, Brausetabletten, Pulver, Granulat, Bukkaltabletten, Schmelztabletten, Sublingualtabletten oder Zerbeißkapseln.

Möglicherweise kritisch sind normal freisetzende Medikamente wie (Film-)Tabletten, Kapseln, Dragees.

Keine gesicherte Wirkung besteht aufgrund der verzögerten Freigabe des Arzneistoffes bei Retardtabletten, -kapseln, -granulat. Häufige Abkürzungen für Retardpräparate sind ret, retard, prolong, long, mups, ZOK, SR, PP, NK oder SL. Für unverdauliche Arzneiformen werden die Bezeichnungen Duriles, OROS oder OCAS verwendet.

Bei Patienten mit einer Ileostomaanlage können die Liberation (Freigabe des Arzneistoffes), die Absorption (Aufnahme des Arzneistoffes im Blut) und die Exkretion (Ausscheidung des Arzneistoffes, biliär, intestinal) möglicherweise kritisch sein. Eine umfassende Medikationsanalyse sollte bei allen Stomapati-

enten erfolgen. Dies beinhaltet:

- die Art der Stomaanlage, Neuanlage ja/nein (van der Linde 2020)
- Beurteilung der aktuellen (klinischen) Situation (Selbsteinschätzung, Einschätzung des Arztes, des Pflegeexperten, der Pflegekraft und der Angehörigen)
- Laboranalyse (Elektrolyte, Arzneistoffspiegel,...)
- Vitalparameter (Blutdruck, Schmerz,...)
- Medikationsüberprüfung (Beurteilung Indikation vorhanden ja/nein, fehlende Medikation, Effektivität, Beurteilung der Arzneiform,...)
- Überprüfung postoperativer Komplikationen (High-Output-Syndrom/Darmatonie) und der notwendigen Medikation.

Prinzipiell findet man alle wichtigen Hinweise zur Einnahme von Medikamenten und deren Arzneiform in der Packungsbeilage/Gebrauchsinformation. Allgemein gilt, die Einnahme der Medikamente mit ausreichend Flüssigkeit (bevorzugt 100 ml Wasser) in aufrechter Position vorzunehmen. Dies unterstützt den Auflösungsprozess. Bei einem nachgewiesenen Mangel an Vitaminen und Mineralstoffen kann eine Einnahme von entsprechenden Präparaten empfehlenswert sein. Bei der Notwendigkeit eines Antibiotikums kann es bei oraler Applikation zu einer unzureichenden Aufnahme oder auch zu Durchfällen kommen. Dies macht eine Umstellung des Antibiotikums erforderlich. Die Wirksamkeit der Antibiotikabgabe durch die verkürzte Darmpassage ist bei Frauen nicht gesichert. Sie sollten über Alternativen zur Verhütung aufgeklärt werden. Bei Männern kann es durch Krankheits- und Operationsfolgen im Becken- und Analbereich zu Erektionsstörungen kommen. Eine Einnahme von Potenzmitteln ist in Rücksprache mit dem Arzt eine mögliche Option.

Wenn von Betroffenen, Angehörigen oder den Behandelnden eine Tablette oder Kapsel im Stomabeutel unverdaut entdeckt wird, müssen wichtige Fragen geklärt werden:

- Um welches Medikament handelt es sich? (Klinikapotheke UKE Hamburg)
- Können die zu erwartenden Wirkungen der Tablette überprüft werden (bspw. Blutdruckmessung, Bestimmung des Blutzuckerspiegels,...)?

- Handelt es sich um ein neues Medikament?
- Besteht das Problem regelmäßig?
- Gibt es eine konkrete Ursache für eine beeinträchtigte Magen-Darm-Passage?
- Sind behandelnder Arzt, Pflegepersonal, Stomatherapeut informiert?

4 High-Output-Syndrom bei Ileostoma

Ein High-Output-Syndrom (HOS) wird auch häufig als High-Output-Stoma bezeichnet. Darunter versteht man einen hohen Flüssigkeitsverlust über das Stoma. Dieser steht oft im Zusammenhang mit Resorptionsproblemen. Das Vorkommen vom HOS überwiegt bei Stomaanlagen im Dünndarm. In Ausnahmefällen kann es auch bei einem Kolostoma auftreten. Ausschlaggebend ist die verbleibende Strecke des Dünndarms. Musste eine längere Strecke vom Dünndarm entfernt werden, spricht man vom anatomischen Kurzdarmsyndrom. Wird aus technischen Gründen die Stomaanlage im oberen Teil des Dünndarms angelegt, wird dieses auch als funktioneller Kurzdarm bezeichnet.

Zum High-Output-Stoma gibt es sehr wenig Literatur, obwohl die Anlage von Ileostomata in der Rektumchirurgie und auch in der Palliativmedizin in den letzten Jahren deutlich zugenommen hat.

Eine verbindliche Definition zum HOS und zum Flüssigkeitsverlust gibt es nicht. In verschiedenen Literaturangaben spricht man von mehr als 1500 ml Flüssigkeitsmenge in 24 Stunden. Allgemein kann man sagen, dass ein High-Output-Stoma vorliegt, wenn der Patient den Flüssigkeitsverlust über das Stoma nicht durch einfache diätetische und medikamentöse Maßnahmen und durch orale Flüssigkeitszufuhr kompensieren kann. Durchschnittlich wird jeder fünfte Ileostomieträger mit dem Problem eines HOS konfrontiert. Das frühe HOS tritt kurz nach der Operation auf, da der Darm sich auf die neue Situation einstellen muss.

Von einem späten HOS spricht man beim Auftreten in der RehaMaßnahme oder zu Hause. Dieses kann durch Nahrungsmittel oder bestimmte Getränke ausgelöst werden. Auf jeden Fall hat das zeitige Erkennen eines HOS eine hohe Relevanz.



Entscheidend für das Erkennen ist die frühzeitige Bilanzierung der Stomafördermenge.

Mögliche Ursachen für ein High-Output-Syndrom (van der Linde 2020)

- Kurzdarmsyndrom, frühe Stomaanlage (Jejunostoma), Ileostoma-Neuanlage
- Enteritis, rezidivierende Erkrankungen des Darms, intestinale Fisteln, Dünndarmdivertikel
- Ernährung (abführende Nahrungsmittel)
- Medikation (z.B. Laxantien, Prokinetika, Antibiotika, Beendigung Schmerztherapie mit Opioiden, Beendigung der Therapie mit Steroiden, Zytostatika, Gabe von hochmolekularen Säften).

Bei einem sekundär auftretenden HOS sollte eine bakterielle Fehlbesiedelung ausgeschlossen werden. Zusätzliches Risiko für die Entstehung eines HOS könnte auch eine begleitende Therapie, beispielsweise eine Chemotherapie, sein. Vermeiden kann man ein HOS nicht. Begünstigend wirkt sich die verbleibende Restlänge des Dünndarms aus, um eine möglichst lange Resorptionsstrecke zu behalten. Das Stoma sollte gut platziert und prominent angelegt werden, um Versorgungsprobleme und Hautirritationen durch den dünnflüssigen Stuhl zu vermeiden.

4.1 Anzeichen/Auswirkungen High-Output-Syndrom

Es wird bei Ileostomaanlagen eine breiige Ausscheidung von 800 bis 1000 ml in 24 Stunden angestrebt. Die genaue Ausscheidungsmenge über das Stoma ist häufig nicht bekannt. Ausschlaggebend ist die Abweichung von der üblich gewohnten Menge und Konsistenz der Stomaausfuhr und der Allgemeinzustand des Betroffenen. Entscheidend ist eine frühe Erkennung des High-Output-Stomas mittels täglicher Bilanzierung der Stomaausscheidung über 24 Stunden.

Zusätzlich können auch noch nachfolgende Punkte auf ein HOS hindeuten:

- Hohe Flüssigkeitsverluste über die Stomaanlage (van der Linde 2020)
- Stark verdünnte Stuhlausscheidung über das Stoma

- Gewichtsverlust
- Abgeschlagenheit, Kopfschmerzen, Mundtrockenheit, trockene Haut
- Elektrolytverlust
- Konzentrierter und stark riechender Urin (besondere Vorsicht ist bei ausbleibender Urinausscheidung geboten)
- Häufiger Wechsel der Stomaversorgung.

Über das Stoma hat man einen konstanten Elektrolytverlust von 100 mmol Natrium/Liter und 15 mmol Kalium/Liter. Der konstante Wasser- und Elektrolytverlust kann binnen kürzester Zeit zu Defiziten führen. Diese zeigen sich in Elektrolytentgleisungen, Gewichtsabnahme, Kreislaufversagen bis hin zum Nierenversagen. Im Langzeitverlauf kann sich auch eine Malnutrition (Mangelernährung) entwickeln.

Etwa jeder fünfte Ileostomieträger ist von einer Dehydratation in Folge von hohem Flüssigkeitsverlust betroffen. Hieraus folgt eine Kreislaufdysregulierung bis hin zum akuten Nierenversagen. Diese Gesundheitsveränderung des Patienten macht einen erneuten Krankenhausaufenthalt unabdingbar. Zu verzeichnen ist in diesen Fällen eine Sterblichkeitsrate von etwa 10 Prozent bei über 80-jährigen Betroffenen. Daraus ergibt sich die Konsequenz, dass ein High-Output-Stoma frühzeitig erkannt bzw. dass ein hoher Wasser- und Elektrolytverlust vermieden werden muss.

5 Therapie des High-Output-Syndrom

Es stehen keine eigenen Leitlinien für die Therapie des HOS bei Stomapatienten zur Verfügung. Die Behandlung lehnt sich an die „S3-Leitlinie des Kurzdarmsyndroms“ an. Beinhaltet sind in dieser Empfehlung die diätetischen, antisekretorischen und stuhleindickenden Maßnahmen. Patienten sollten erst aus dem stationären Bereich entlassen werden, wenn der Stomaoutput im Normbereich oder eine adäquate ambulante Weiterbehandlung organisiert ist.

5.1 Diätetische Maßnahmen

Es sollten die Empfehlungen zur Ernährung bei Ileostoma befolgt werden. Nahrungsmittel, die auf den

Stuhl eine eindickende Wirkung haben, sollten bevorzugt werden. Beispiele für eindickende Lebensmittel sind: gekochte Kartoffeln und Karotten, Weißbrot, Salzletten, feine Haferflocken (Porridge), geriebener Apfel, Banane, getrocknete Heidelbeeren (in Form von Tee), dunkle Schokolade.

Durch diese Lebensmittel wird die Flüssigkeit im Darm gebunden. Lösliche Ballaststoffe werden zum Eindicken des Stuhls benötigt. Diese sind in Äpfeln, Heidelbeeren und Karotten in Form von Pektinen auf natürliche Weise enthalten.

Pektine können auch in Pulverform den Speisen oder Getränken zuge-mischt werden. Ebenso kann mit gemahlenden Flohsamenschalen das Eindicken der Stuhlausscheidung unterstützt werden. Diese sind frei verkäuflich in Apotheke oder Droge-riemarkt erhältlich. Durch den breiigen Stuhl wird die Nahrungspassage langsamer und dadurch die Nährstoffaufnahme gesteigert.

Orale Flüssigkeitszufuhr

Wie schon im Ernährungsteil beschrieben, soll die Flüssigkeitsaufnahme zeitlich getrennt von der Nahrungsaufnahme erfolgen. Wichtig ist die ausreichende, aber nicht zu hohe Flüssigkeitszufuhr. Etwa 2-3 Liter pro Tag.

Sollte diese Menge an oraler Flüssigkeit den Verlust nicht ausgleichen können, muss dieser parenteral ersetzt werden. Am besten geeignet sind isotonische Getränke. Diese können käuflich erworben (z. B. alkoholfreies Bier, isotonische Sportgetränke, Elektrolytlösungen aus der Apotheke) oder selbst hergestellt werden. Die Weltgesundheitsorganisation WHO hat ein Rezept zur Herstellung einer Rehydrationslösung herausgegeben. Wie schon erwähnt, können isotonische Getränke aufgrund ihrer Zusammensetzung direkt über die Dünndarmschleimhaut aufgenommen werden. Hypotone Getränke sollten auf 1 Liter pro Tag beschränkt werden. Hierzu zählen Leitungswasser, Mineralwasser, Kaffee und Tee, welche die Stomaausfuhr und somit den Verlust an Mineralien erhöhen. Auf hypertonische Getränke, wie z. B. Limonade, Cola oder Ähnliches, sollte ganz verzichtet werden. Diese haben eine hohe Konzentration an Zucker oder Zuckeralko-

hole. Hierzu zählen Sorbit, Xylit und Maltit. Diese Stoffe haben eine abführende Wirkung und sollten deshalb mit Vorsicht zu sich genommen werden. Durch diese Stoffe wird Wasser aus dem Blut in das Darmlumen gezogen, um die hohe Konzentration der Inhaltsstoffe zu verdünnen.

Quellmittel

Quellmittel zählen zum Teil unter die Kategorie der Phytotherapeutika. Unter Phytotherapeutika versteht man aus Pflanzen hergestellte Arzneimittel ohne synthetische Bestandteile. Beim High-Output-Stoma werden Quellmittel wie gemahlene indische Flohsamenschalen oder Apfelpektin (getrocknetes Apfelpulver) eingesetzt. Diese Präparate enthalten lösliche Ballaststoffe und haben eine stuhlregulierende Wirkung. Durch die gute Wasserbindungskapazität aufgrund der Schleimstoffe haben sie einen antidiarrhoischen Effekt. Die Einnahmempfehlungen beinhalten eine schrittweise Einführung. Diese Produkte können entweder den Speisen beigemischt oder 30 Minuten vor dem Essen in Wasser eingerührt und direkt getrunken werden.

Beispiele für Quellmittel sind:

Aplona®: besteht aus getrocknetem Apfelpektin (Apfelgeschmack), zum Einrühren in etwa 100 ml Wasser 30 Minuten vor dem Essen, tägliche Dosis: mit 3 Beutel beginnend und kann bis 8 Beutel pro Tag gesteigert werden.

Metamucil®/Mucofalk®: gemahlene Flohsamenschalen (Orangengeschmack), ebenfalls zum Einrühren in Wasser 30 Minuten vor dem Essen, Dosierungsempfehlung: 2-3-mal täglich 1-2 Beutel/Messlöffel

Flohsamenschalen: als Pulver (geschmacksneutral), erhältlich in Apotheken/Drogeriemärkten, Dosierungsempfehlung: 1-3 Teelöffel/Tag. Die entsprechende Erhöhung der Quellmittel erfolgt nach der Konsistenz der Stuhlausscheidung.

5.2 Medikamentöse Therapie

5.2.1 Loperamid

Loperamid fällt unter die Motilitätshemmer und ist ein Opioid Analogon. Da es nur in sehr geringen Mengen über die Blut-Hirn-Schranke aufge-

nommen wird, kommt es zu keiner zentralen Wirkung. Es setzt an den gleichen Rezeptoren in der Darmwand an wie die Opiumtinktur. Hierdurch wird die propulsive Peristaltik vermindert und es kommt zu einer verlängerten Darmpassagezeit. Für die Therapie bei HOS besteht derzeit keine Zulassung und die Anwendung ist daher als Off-Label-Use (Anwendung außerhalb der Zulassung) einzustufen. Häufig ist auch eine Überschreitung der empfohlenen Normdosis und der Therapiedauer von 4 Wochen notwendig. Wichtig ist hier die Gabe von Sublingualtabletten, damit der Wirkstoff direkt über die Mundschleimhaut ins Blut aufgenommen werden kann. Genaue Angaben zur konkreten Dosierung bei HOS finden sich in der vorliegenden Literatur nicht.

Opiumtinktur

Opiumtinktur ist schon seit mehreren Jahrhunderten bekannt und wird unter anderem für die Behandlung bei Diarrhöen eingesetzt. Opium wird aus dem Milchsaft der unreifen Samenkapsel des Schlafmohns gewonnen. Die Opiumtinktur beruht auf einer alkoholischen Trägerlösung, in der ein Gemisch von Morphin (max. 1 %) und Begleitopioden (Codein, Papverin, Thebain, Noscapin) eingebracht wird. Wie auch beim Loperamid erfolgt eine Bindung an die Opioidrezeptoren in der Darmwand. Hierdurch ergibt sich eine reduzierte Sekretion aus der Darmmukosa und eine gehemmte Darmmobilität. Dies hat eine gesteigerte Resorption zur Folge. Die Dosierung der Opiumtinktur kann individuell erfolgen. Des Weiteren hat man bei einer Langzeitbehandlung keinen Wirkverlust. Bei oraler Applikation wird nur ein geringer Teil dieser Bestandteile enteral resorbiert. Von Vorteil ist hier, dass keine Abhängigkeit entwickelt wird und es keinen Einfluss auf das Reaktionsvermögen (Fahrtauglichkeit, Arbeitsfähigkeit) hat. Die Tinctura opii (lateinischer Begriff) unterliegt dem Betäubungsmittelgesetz. Eine weitere Rezepturierung außerhalb der Klinik ist oftmals aus hausärztlicher Sicht „riskant und schwierig umzusetzen“. Begonnen wird mit einer Einzeldosis von 3 bis 10 Tropfen. Die Dosissteigerung erfolgt in Anpassung an die Stuhlkonsistenz und sollte langsam erfolgen. Die tägliche Höchstdosis beträgt 4 mal 20 Tropfen. Diese Empfehlungen sollten auf alle Fälle immer in Absprache mit einem Apotheker

erfolgen, um die Verträglichkeit mit der bestehenden Medikation des Betroffenen abzuklären. Die gleichzeitige Gabe von Opiumtinktur und Loperamid wird unterschiedlich dargestellt. Einerseits sind antagonistische Effekte nicht auszuschließen, andererseits werden synergetische Effekte beschrieben. In Deutschland werden Loperamid und Opiumtinktur parallel verabreicht.

5.2.2 Codein

Codein zählt zu den Motilitätshemmer und wird im Gegensatz zu Deutschland in Großbritannien bevorzugt eingesetzt. Es wird eine Reduktion der Stomaausfuhr beschrieben. Weitere Literatur zum Einsatz von Codein bei HOS findet sich in deutscher Sprache nicht.

5.2.3 Budesonid

Budesonid hat neben der entzündungshemmenden Eigenschaft auch einen positiven Effekt auf die Resorptionskapazität der Darmschleimhaut. Empfohlen wird eine Dosierung von 3 mal 3 mg pro Tag. Das Wirkprinzip ist trotz Studien nicht sicher belegt.

Somatostatin-Analoga

Somatostatin-Analoga sind Arzneistoffe, deren Wirkung dem des körpereigenen Hormons Somatostatin entspricht. Sie antagonisieren die gastrointestinalen Peptide und somit kommt es zu einer reduzierten Ausschüttung von Gallenflüssigkeit, Pankreassaft und Dünndarmsekret. Die Somatostatinbehandlung wird erst eingesetzt, wenn alle anderen Therapien nicht gegriffen haben. Eine Langzeitbehandlung ist aufgrund der Toleranzentwicklung gegenüber diesem Medikament nicht indiziert. Des Weiteren ist die 3-mal tägliche subkutane Applikation für den Patienten unangenehm.

H2-Blocker, Protonenpumpenhemmer

Beide Präparate haben eine reduzierende Wirkung auf die Magensaftproduktion und somit wird auch die gastrointestinale Flüssigkeitsmenge reduziert. Daraus ergibt sich ein geringerer Stomaoutput.

Infusionstherapie

Sollte die Stomaausfuhr über einen längeren Zeitraum erhöht sein, so ist

eine begleitende intravenöse Flüssigkeitszufuhr mit Wasser und Elektrolyten notwendig. Sollte der hohe Output längerfristig bestehen, benötigt der Patient eine parenterale Heimversorgung, um in die Häuslichkeit entlassen zu werden. Hierfür ist die Anlage eines Portkatheters oder Hickman-Katheters empfehlenswert.

Frühzeitige Stomaresektion.

Bei Betroffenen mit einem schlecht beeinflussbaren High-Output-Stoma bei protektiver Ileostomie sollte eine frühzeitige Stomaresektion in Betracht gezogen werden. Dies soll in interdisziplinärer Absprache zum Vermeiden von weiteren Schäden, wie z. B. Nierenversagen, erfolgen.

5.3 Patientenedukation

Der Patient sollte über mögliche Komplikationen, insbesondere im Hinblick auf ein HOS durch den Stomatherapeuten und den Chirurgen zur Förderung der Selbstpflegekompetenz aufgeklärt werden. Hierzu eignet sich ein selbst entwickelter Patienteninformationsflyer. In diesem sollten die diätetischen, stuhleindickenden Maßnahmen und Empfehlungen zum Vorgehen bei einem High-Output-Stoma für den Patienten verständlich erläutert sein.

6 Vorüberlegungen zu einem HOS-Standard für Erlangen

Für ein einheitliches Vorgehen und eine möglichst frühzeitige Behandlung sollte in einer viszeralchirurgischen Klinik ein Standard zur Behandlung des High-Output-Syndrom vorhanden sein. Die folgenden Punkte müssen im Standard berücksichtigt werden. Der Entwurf ist in interdisziplinärer Zusammenarbeit mit Frau Reiher (Apothekerin am Universitätsklinikum Erlangen) und Frau Deinlein (Diätassistentin, gastroenterologische Ernährungstherapeutin VDD, Ernährungsberaterin DGE am Universitätsklinikum Erlangen) entstanden.

6.1 Allgemein

Bei bestehendem HOS müssen regelmäßig Elektrolyte und der Vitamin B12-Status per Laborkontrolle überprüft werden. Sollten Medikamente im Stomabeutel aufgefunden werden,

muss unter Rücksprache mit der Apotheke auf eine geeignete Arzneiform für Ileostoma umgestellt werden. Die bestehende orale Medikation muss auf ihre Wirksamkeit kontrolliert werden.

6.2 Bilanzierung

Für ein frühzeitiges Erkennen eines High-Output-Stomas ist die konsequente Bilanzierung der Stomaausfuhr notwendig. Die Bilanzierung erfolgt direkt postoperativ durch die regelmäßige Dokumentation der Stuhlausfuhrmenge über 24 Stunden auf einem Bilanzbogen. Gemessen wird mittels eines Messbechers. Die angestrebte Ausscheidungsmenge sollte weniger als 1500 ml in 24 Stunden betragen. Bei erhöhter Fördermenge muss umgehend eine entsprechende Therapie eingeleitet werden.

6.3 Essen

Im stationären Bereich erfolgt nach der Stomaaanlage ein langsamer Kostaufbau nach vorgegebener Darm-OP-Kost. Muss ein Patient aufgrund eines HOS erneut stationär aufgenommen werden, bekommt auch dieser die entsprechende Kostform.

Darm-OP-Kost

Allgemeine Merkmale sind hier der stufenweise Aufbau der Konsistenz, leichte Verdaulichkeit, keine faserigen, rohen Lebensmittel und Zwischenmahlzeiten (je nach Stufe mit Proteinkonzentrat angereichert), (Deinlein 2020).

Stufe 0: Tee und Zwieback

Stufe 1: Konsistenz: flüssig bis breiig, Energiegehalt: ca. 1000 kcal/Tag, Nährstoffe: Eiweiß 34 g, Fett 4,4 g, Kohlenhydrate 129 g

Stufe 2: Konsistenz: breiig bis weich, Energiegehalt: ca. 1600 – 1800 kcal/Tag, Nährstoffe: Eiweiß 54 g, Fett 61 g, Kohlenhydrate: 188 g

Stufe 3: Konsistenz: feste Nahrung, Energiegehalt: ca. 2000 kcal/Tag, Nährstoffe: Eiweiß 90 g, Fett 90 g, Kohlenhydrate 195 g.

Das Gewicht des Patienten muss regelmäßig kontrolliert werden. Standardmäßig erhält der Patient einen Termin bei der Ernährungsberatung, um alle nötigen Ernährungsinformationen zu bekommen.

6.4 Trinken

Jeder Patient bekommt zu den Mahlzeiten ein isotonisches Getränk gereicht. Über die zentrale Speiserversorgung sind diese in den Geschmacksrichtungen Blutorange und Grapefruit zu beziehen. Empfehlungen bei High-Output-Stoma besagen, dass überwiegend isoton getrunken werden soll. Die isotonischen Getränke werden aufgrund ihrer Zusammensetzung direkt von der Schleimhaut resorbiert. Es muss gesichert sein, dass der Patient ausreichend (ca. 1 Liter pro Tag) Urin ausscheidet. Der Urin sollte immer klar und hell und nicht konzentriert sein.

6.5 Stuhleindickende Maßnahmen

Parallel zur entsprechenden Darm-OP-Kost wird der Betroffene bei einer Ausscheidungsmenge größer 1500 ml/24 Stunden auch Quellmittel nach ärztlicher Anordnung zur Eindickung der Ausscheidung erhalten. Hierdurch soll ein Flüssigkeitsverlust mit entsprechenden Auswirkungen auf den Patienten vermieden werden.

Zur Anwendung kommt entweder Aplona® oder Mucofalk®.

Aplona®: (Apfelbruchpulver) 4-mal 1 Beutel pro Tag, 30 Minuten vor den Mahlzeiten und Schlafengehen in etwa 100 ml Wasser einrühren und sofort einnehmen, Steigerung je nach Stuhlkonsistenz bis 4-mal 2 Beutel pro Tag möglich, Apfelgeschmack, das Quellmittel sollte getrennt (idealerweise 1 Stunde) von der Gebrauchsmedikation eingenommen werden.

Mucofalk®: (indische Flohsamenschalen) 2- bis 3-mal täglich 1 bis 2 Beutel, Einnahme in etwa 100 ml Wasser 30 Minuten vor den Mahlzeiten, Orangengeschmack, das Quellmittel sollte getrennt (idealerweise 1 Stunde) von der Gebrauchsmedikation eingenommen werden.

Ist die Stuhlkonsistenz nachts sehr dünnflüssig, sollte vor dem Schlafengehen ein Quellmittel eingenommen werden. Haben Quellmittel bei Steigerung bis zur Höchstdosis nach 24 bis 48 Stunden keine Reduktion der Stuhlauscheidungsmenge bewirkt oder sollte die Konsistenz weiterhin flüssig sein, muss eine medikamentöse Therapie eingeleitet werden.

6.6 Medikation

Die Medikation erfolgt ausschließlich über ärztliche Anordnung. Sie wird zudem mit dem Apotheker abgestimmt. Zusätzlich zu den Quellmitteln können folgende Arzneimittel zum Einsatz kommen.

Loperamid sublingual, Plättchen oder Saft (Cave bei Saft in großen Mengen: dieser enthält Süßstoffe und Glycerol), (Off-Label-Gebrauch), gemäß Empfehlungen sollten wegen kardialer Nebenwirkungen (Arrhythmien, QTc-Zeit-Verlängerung) max. 80 mg/Tag in Kombination mit Elektrolytkontrollen verwendet werden, EKG und ggf. Messung von Serum-Loperamidspiegel, Einnahme 30 bis 60 Minuten vor den Mahlzeiten und vor dem Schlafengehen. Sollte die Anfangsdosis nach 24 bis 48 Stunden keine Besserung erzielen, muss die Dosis erhöht werden. Die Steigerung der Medikation erfolgt immer nach 24 bis 48 Stunden, wenn keine Besserung der Ausscheidungssituation eingetreten ist. Ist die Höchstdosis erreicht und keine Besserung eingetreten, müssen zusätzliche Medikamente nach Indikationsstellung verabreicht werden.

Opiumtinktur (10mg/ml Morphin) fällt unter das Betäubungsmittelgesetz und muss dementsprechend dokumentiert werden. Diese ist explizit zur Behandlung schwerer Durchfälle bei Erwachsenen indiziert, wenn durch Anwendung anderer Antidiarrhoika keine ausreichende Wirkung erzielt wurde. Die Opiumtinktur wird zusätzlich zu Loperamid verabreicht, wenn damit keine ausreichende Wirkung erzielt werden konnte. Als Einzeldosis dürfen maximal 10 mg Morphin = 1 ml gegeben werden. Die Tageshöchstdosis von 60 mg = 6 ml sollte nicht überschritten werden. Die Steigerung richtet sich nach der Konsistenz der Stuhlausscheidung.

Colestyramin 4g kommt bei Verdacht auf Gallensäureverlustsyndrom zum Einsatz. Der Inhalt des Beutels wird in 200 ml Wasser, klare Suppe oder Ähnliches eingerührt und vor den Mahlzeiten eingenommen. Andere orale Medikamente sollten entweder 1 Stunde vor oder 4 Stunden nach Cholestyramin eingenommen werden, um eine verringerte Absorption dieser zu minimieren. Wenn nach drei Tagen keine Besserung eintritt, sollte Cholestyramin wieder abgesetzt werden.

Der Entwurf der stuhleindickenden Maßnahmen und der Medikation wurde mit Julia Reiher (Apothekerin, Klinikapotheke Universitätsklinikum Erlangen) erarbeitet.

6.7 Materialanpassung

Zur Erleichterung der Materialumstellung kann die Stomatherapie hinzugezogen werden. Eventuell muss von einem Ausstreifbeutel auf einen Drainagebeutel umgestellt werden. Hier hat man die Möglichkeit eine Dauerableitung (Magensondenbeutel oder Flow-Collector®) anzuschließen. Sollte aufgrund der flüssigen Ausscheidung die Basisplatte sehr schnell unterwandert werden, muss diese angepasst werden. Es eignen sich hygroskopische (Wasser bindend) Materialien. Des Weiteren sollte zusätzlich ein Hautschuttring oder Stomapaste mit eingesetzt werden, um die Tragedauer zu verlängern.

Dieser Entwurf zur Behandlung des HOS liegt den verantwortlichen Gremien zur Prüfung vor.

7 Patienteninformationsblatt

Der Informationsbogen muss in einer für den Patienten verständlichen Sprache geschrieben werden.

Mit diesem Flyer soll der Patient die Möglichkeit bekommen ein High-Output-Stoma frühzeitig zu bemerken und selbst gegen die erhöhte Stomaausfuhr Maßnahmen einleiten zu können. Ebenso soll er sensibilisiert werden, zeitnah seinen behandelnden Arzt aufzusuchen. Somit kann der Behandler die Indikation zu einer begleitenden medikamentösen Therapie stellen und bei Bedarf durchführen. Der Entwurf wird der Abteilung für Öffentlichkeitsarbeit am Universitätsklinikum Erlangen zur Formatierung vorgelegt.

Entwurf: Patienteninformationsblatt zum High-Output bei Ileostoma

High-Output-Stoma

Bei Ihnen wurde eine Darmoperation durchgeführt. Der Dünndarm ist für die Verdauung und Aufnahme von Nahrungsbestandteilen und Nährstoffen verantwortlich. Im Dickdarm wird dem Speisebrei Flüssigkeit entzo-

gen und dadurch wird dieser eingedickt. Bei der Stomaanlage wurde Ihnen ein Teil des Darms entfernt bzw. ausgeschaltet. Aufgrund dieser Operation können diese Funktionen nicht mehr wie gewohnt geleistet werden. Die verbleibenden Abschnitte des Darms müssen lernen diese Aufgaben zu übernehmen.

Die Konsistenz der Stuhlausscheidung über das Stoma sollte breiig sein. Vergleichbar wie Kartoffelbrei oder warmer Pudding.

Eine normale Ausscheidungsmenge bei einem Ileostoma liegt etwa bei 800 bis 1000 ml in 24 Stunden. Einen erhöhten Flüssigkeitsverlust über das Stoma mit mehr als 1500 ml pro Tag bezeichnet man als High-Output. Sollte Ihr Stuhl plötzlich sehr flüssig sein und Sie den Stomabeutel häufiger leeren müssen als normal, bedarf es einer Abklärung welche Ursachen dafür verantwortlich sein können.

Mögliche Anzeichen für ein High-Output-Stoma

- Hohe Flüssigkeitsverluste über die Stomaanlage (mehr als 1500 ml in 24 Stunden)
- Häufigeres Entleeren des Stomabeutels
- Dunkel gefärbter/konzentrierter Urin
- Müdigkeit, Kopfschmerzen
- Mundtrockenheit, Durst, trockene Haut
- Schwindel, Kreislaufprobleme
- Gewichtsverlust

Die Beschwerden können innerhalb der ersten Tage/Wochen nach der Operation oder auch erst nach der Entlassung aus der Klinik auftreten. Es kommen unterschiedliche Ursachen für ein High-Output-Stoma in Betracht.

- Ernährung: Lebensmittel mit abführende Wirkung (z. B. Joghurt, stark gewürzte Speisen), stark zuckerhaltige und kohlenensäurehaltige Getränke (z. B. naturtrüber Apfelsaft, Cola, Limonade)
- Medikamente: Antibiotika, Abführmittel, Arzneimittel zu Anregung der Darmtätigkeit, Beendigung einer Therapie mit Opioiden oder Cortison, Nebenwirkungen einer Krebstherapie
- Wiederkehrende Vorerkrankungen (chronisch entzündliche Darmerkrankungen, Darmfisteln)

- Art der Stomaanlage: Ileostoma-Neuanlage, Stomaanlage mit wenig Restdarm (Jejunostoma/Kurzdarm)

Kontrolle der Ausscheidung

- **Bilanzieren** Sie die Stomaausscheidung über 24 Stunden, bzw. solange die Ausscheidung dünnflüssig ist. Genau abmessen können Sie die Menge mit Hilfe eines Messbechers. Notieren Sie sich die ausgeleerten Mengen auf einem Bogen Papier.
- **Kontrollieren** Sie die Urinausscheidung: der Urin sollte nicht dunkel/konzentriert sein. Die Ausscheidungsmenge soll etwa 1 Liter pro Tag betragen. Messen Sie auch die Urinausscheidung mit Hilfe eines Messbechers.

Maßnahmen

- Nehmen Sie Nahrungsmittel **mit stopfender Wirkung** zu sich: z. B. geriebener Apfel, Banane, Laugenbrezel, gekochte Kartoffeln, gekochte Karotten, feine Haferflocken (Porridge), schwarzer Tee (10 Min. gezogen), getrocknete Heidelbeeren (in Form von Tee), Heidelbeerkompott, dunkle Schokolade usw.
 - Trinken Sie 2 bis 3 Liter, vorwiegend **isotonische Getränke** (z. B. alkoholfreies Bier, isotone Sportgetränke, Elektrolytlösungen aus der Apotheke). Getränke wie Wasser, Tee, Kaffee sollten auf 1 Liter beschränkt werden. **Ganz verzichten** sollten Sie auf zuckerhaltige Getränke, wie z. B. gesüßter Tee bzw. Kaffee, Limonade, Cola.
 - Zusätzlich können Sie Quellmittel einnehmen:
 - **Aplona®**: 4-mal 1 Beutel, 30 Minuten vor den Mahlzeiten und Schlafen gehen in etwa 100 ml Wasser einrühren und sofort einnehmen, Steigerung je nach Stuhlkonsistenz bis 4-mal 2 Beutel möglich, Apfelpektin (Apfelgeschmack).
 - **Mucofalk®**: 2- bis 3-mal täglich 1 bis 2 Beutel, Einnahme in etwa 100 ml Wasser 30 Minuten vor den Mahlzeiten, gemahlene Flohsamenschalen (Orangengeschmack).
- Flohsamenschalen**: als Pulver (geschmacksneutral), erhältlich in Apotheken/Drogeriemärkten, Dosierungsempfehlung: 1-3 Teelöffel/Tag.

Möglichkeit der medikamentösen Therapie

Zeigen die Maßnahmen keine Wirkung, besteht die Möglichkeit der Einnahme von Arzneimitteln zu Verlangsamung der Darmtätigkeit, sogenannte Motilitätshemmer (z. B. Loperamid). Diese müssen über den Hausarzt oder Chirurgen verordnet werden.

Mögliche Komplikationen

Ein nicht behandeltes High-Output-Stoma kann zu nachfolgenden Komplikationen führen:

- Elektrolyt- und Vitaminverlust (z. B. Anzeichen von Müdigkeit, Schwindel, Kreislaufprobleme) - Nachweis über Laborkontrolle
- Nierenschädigung (bei geringer oder ausbleibender Urinausscheidung unbedingt Arzt aufsuchen!)
- Unzureichende Aufnahme und/oder Wirkung von Arzneistoffen (unverdaute Tabletten im Stomabeutel).

Allgemein

Achten Sie auf sich. Kontrollieren Sie auch weiterhin die Stoma- und Urinausscheidung (siehe Kontrolle der Ausscheidung!). Achten Sie auf Ihre körperliche Verfassung und Ihr Wohlbefinden. Bei einer Verschlechterung kontaktieren Sie Ihren Arzt oder Stomatherapeuten. Wenn Sie das Gefühl haben, dass Ihre Medikamente nicht richtig wirken oder unverdaute Anteile von Tabletten im Stomabeutel sichtbar sind, sprechen Sie mit Ihrem Arzt oder Apotheker. Überprüfen Sie die Wirksamkeit Ihrer Medikamente, z. B. durch Pulskontrolle, Blutdruck messen, Blutzuckerspiegel bestimmen.

8 Fazit

Die intensive Auseinandersetzung mit dem Thema High-Output-Stoma war für mich sehr interessant, aufschlussreich und wissenserweiternd. Beim Erarbeiten der einzelnen Themen bestätigte sich für mich die Wichtigkeit eines Leitfadens für den stationären Aufenthalt und ein Patienten-Informationsblatt zum High-Output-Stoma zu entwickeln. Die Verfügbarkeit der deutschsprachigen Fachliteratur zu dieser Komplikation stellte sich allerdings als sehr eingeschränkt dar.

Die Auseinandersetzung mit der Anatomie und Physiologie des Darms veranschaulichte mir erneut, welche komplexen Vorgänge im Verdauungstrakt stattfinden. Umso verständlicher ist es mir geworden, zu welchen unterschiedlichen Komplikationen es nach einer Operation im Darmbereich kommen kann. So auch zur vermehrten, flüssigen Stuhlausscheidung beim Ileostoma.

Die sich daraus ergebenden Resorptions- als auch im Arzneimittelbereich, sind für mich sehr beeindruckend. Die für den Patienten negativen Auswirkungen können bei frühzeitigen Erkennen des High-Output-Stoma rechtzeitig behandelt werden.

Für mich war es wichtig dem Patienten das HOS mittels eines Informationsblattes näherzubringen und ihm zusätzlich die Anzeichen und möglichen Komplikationen klar herauszustellen. Der Patient bekommt über das Informationsblatt einfache Maßnahmen zum Gegensteuern an die Hand und wird auf eine rechtzeitige Arztkonsultation hingewiesen, um einen erneuten Krankenhausaufenthalt zu vermeiden. Mit dem Leitfaden erhoffe ich mir eine standardisierte Vorgehensweise und Behandlungsempfehlung am Universitätsklinikum in Erlangen.

Die erarbeiteten Dokumente sind mit der Klinikapotheke, der Ernährungstherapie und dem zuständigen chirurgischen Oberarzt im Vorfeld abgesprochen worden.

Das Patienteninformationsblatt wird durch die Abteilung Öffentlichkeitsarbeit an das Layout der allgemeinen Patienteninformationen angepasst. Mittlerweile liegt der aus der Facharbeit entwickelte Standard für den stationären Bereich und das Patienteninformationsblatt bei High-Output-Stoma zur interdisziplinären Prüfung und anschließender Implementierung vor. Nach der Freigabe werden der Leitfaden und das Patienten-Informationsblatt angepasst und umgehend in der Praxis eingesetzt. In regelmäßigen Abständen (viertel- bis halbjährlich) ist eine Evaluation geplant.

Autorin:

Ute Peschke
Erlangen
Kontakt: peschke.u@gmx.de

Literatur: auf Anfrage bei der Autorin

Ist eine Mindestmenge für Darmkrebs-Operationen sinnvoll?

Gemeinsamer Bundesausschuss nimmt Beratungen auf



Berlin, 16. Juni 2022 – Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Beratungen über eine Mindestmenge für Darmkrebs-Operationen aufgenommen.

Er wird in den kommenden Monaten untersuchen, ob es bei diesen Eingriffen einen Zusammenhang zwischen der Behandlungsroutine und der Qualität der Behandlungsergebnisse gibt.

Nur in diesem Fall wäre das Festlegen einer Mindestmenge überhaupt möglich. Besteht jedoch ein solcher Zusammenhang, wird der G-BA eine jährliche Mindestanzahl von Ein-

griffen je Krankenhausstandort und/oder Ärztin oder Arzt festlegen. Mit einem Abschluss der Beratungen ist Ende 2023 zu rechnen.

Hintergrund der Arbeit des G-BA ist das Ziel des Gesetzgebers, dass beispielsweise besonders schwierige Operationen nur in solchen Kliniken angeboten werden, deren Ärztinnen und Ärzte damit ausreichend Erfahrung haben. Mindestmengen sollen dazu beitragen, die Behandlungsergebnisse zu verbessern und das Risiko von Komplikationen für Patientinnen und Patienten zu minimieren.

Kolorektale Chirurgie bei Darmkrebs

Darmkrebs gehört in Deutschland zu den häufig auftretenden Tumorerkrankungen. Meist ist der Dickdarm (Kolon) oder der Mastdarm (Rektum) betroffen. Das Krebsregister verzeichnete im Jahr 2018 in Deutschland 26.710 bösartige Neuerkrankungen bei Frauen und 33.920 Neuerkrankungen bei Männern. Wird Darmkrebs diagnostiziert, wird meist versucht, ihn durch eine Operation möglichst vollständig zu entfernen. Gelingt dies, sind die Heilungschancen günstig.

Bild: AdobeStock © mi_viri

Dennoch kann es bei der Operation zu Komplikationen kommen. So ist es beispielsweise für die Lebensqualität der Betroffenen wichtig, bei der Operation angrenzende Nerven zu schonen, da deren Verletzung die Blasen- und Sexualfunktionen beeinträchtigen könnte.

Wie geht der G-BA nun weiter vor?

Entscheidungsbasis für den G-BA sind aussagekräftige Studien. Im ersten Schritt hat er deshalb das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) beauftragt, mit Hilfe von Studien den aktuellen Wissensstand zum Zusammenhang zwischen der Anzahl der Operationen und dem Behandlungsergebnis systematisch auszuwerten. Den Ergebnisbericht des IQWiG erwartet der G-BA bis Ende Februar 2023.

Ebenfalls im Blick behält der G-BA die Wegstrecke zum Behandlungsort für Patientinnen und Patienten: Gibt es

laut IQWiG-Bericht einen Zusammenhang zwischen der Anzahl der Operationen und der Behandlungsqualität, wird der G-BA u. a. modellhaft analysieren, wie sich unterschiedliche Mindestmengenhöhen auf die Anzahl der Krankenhausstandorte und die Wegstrecken für Patientinnen und Patienten auswirken. Auftragnehmer für die Untersuchung wird in diesem Fall das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG).

Auf Basis der Vorarbeiten und durch das Einbeziehen von weiteren Expertinnen und Experten wird der G-BA einen Beschlussskizzenentwurf erstellen. Den Abschluss des Verfahrens bildet dann der Beschluss über die Einführung und Höhe der Mindestmenge.

Für Krankenhäuser gilt bei Einführung einer neuen oder veränderten Mindestmenge und nach Ablauf einer Übergangsregelung: Sie dürfen die Leistungen nur dann erbringen, wenn die geforderte Mindestmenge im

nächsten Kalenderjahr voraussichtlich erreicht wird.

Hintergrund: Mindestmengen für planbare stationäre Leistungen

Der G-BA ist gesetzlich beauftragt, planbare stationäre Leistungen zu benennen, bei denen ein Zusammenhang zwischen der Häufigkeit von Behandlungen und der Qualität der Versorgung besteht. In den Mindestmengenregelungen des G-BA ist näher definiert, in welchem Fall ein Krankenhaus die Leistungen, zu denen Mindestmengen festgelegt sind, erbringen darf.

Den Antrag, Beratungen über eine Mindestmenge für die kolorektale Chirurgie bei Darmkrebs aufzunehmen, hatte der GKV-Spitzenverband gestellt.

*Nähere Informationen sind auf der Website des G-BA zu finden:
Mindestmengen für Krankenhäuser.*

Sanitätshaus Aktuell
Unser Lächeln hilft



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.

**Werden Sie Teil
des Lächelns.**



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

Gemeinsam schaffen wir das Besondere

Bundesweit versorgt die GHD GesundHeits GmbH Deutschland Menschen mit Bedarf an Hilfs-, Reha- und Arzneimitteln im häuslichen Bereich.

Wir unterstützen Sie nicht nur mit hochwertigen Produkten, sondern auch durch umfassende Serviceleistungen.

Lernen Sie uns kennen.



Unsere Therapiebereiche auf einen Blick



Stoma

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



Inkontinenz

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



Wunde

- ◆ Regelmäßige Wundvisiten
- ◆ Therapieempfehlung einschließlich begleitender Therapien
- ◆ Therapiekklärung mit dem Verordner inklusive Rezept- und Materialmanagement
- ◆ Schulung von Patienten, Angehörigen und Pflegekräften
- ◆ Unterstützung in der Umsetzung des Expertenstandards „Pflegerische Versorgung 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

 youtube.com/GHDGesundHeitsGmbH


GHD | GesundHeits
GmbH Deutschland

Das Leben findet einen Weg

– auch mit Stoma!

In dem Filmklassiker „Jurassic Park“ sagte der Chaos-Wissenschaftler Ian Malcom (gespielt von Jeff Goldblum) „Das Leben findet einen Weg“.

In dieser fiktiven Geschichte ging es um unerwartete Nachkommen zu-nächst künstlich erschaffener Urzeittiere. Der Schauspieler setzte sich anwaltschaftlich für die Lebewesen ein und forderte unter Anderem ihr Recht auf Leben, Freiheit und Unversehrtheit. In der realen Welt hat jedes Individuum mit oder ohne Handicap das Recht auf ein selbstbestimmtes Leben. Inwieweit jedoch eine Beeinträchtigung einen Nachteil für einen betroffenen Menschen darstellt, ist nicht nur von ihm selbst, sondern auch in großem Maße von der Gesellschaft abhängig. Trotz der Aufklärung und den Fortschritten der modernen Medizin fühlen sich Menschen nach einer Stomaanlage oft gehandikapt oder stigmatisiert und in ihrer Lebensqualität extrem eingeschränkt. Die Gründe dafür sind vielschichtig und unterschiedlicher Natur.

Erste dokumentierte künstlich angelegte Darmausleitungen wurden bereits vor über 2000 Jahren durchgeführt. Hier lag der Focus in erster Linie auf dem Überleben des Betroffenen, nicht aber auf der Versorgung und der damit zusammenhängenden Lebensqualität.

In der modernen Stomatherapie verhilft die Prozedur der präoperativen

Stomamarkierung dem Betroffenen zu einem Leben ohne Versorgungsschwierigkeiten und ohne Einschränkungen.

Dies nimmt in der Weiterbildung zum Stomatherapeuten seit jeher eine zentrale Position ein. Der Aspekt der ganzheitlichen Medizin sollte hier die Nachsorge, Verlaufskontrolle mit Evaluation und die Patientenzufriedenheit beinhalten.

Aus welchem Grund ist die Stomamarkierung für die weitere Lebensqualität so wichtig?

„Unter Lebensqualität versteht man vor allem den Grad des subjektiven Wohlbefindens einer Person oder einer Gruppe von Menschen. Die immateriellen Dimensionen der Lebensqualität umfassen Gesundheit, Bildung, Qualität der Umwelt und persönliche Sicherheit.“

Seit Ende der siebziger Jahre gibt es in unserem Alltag zur Optimierung der Lebensqualität neue Ziele, wie beispielsweise die Work Life Balance. Diese spiegelt den Ausgleich des beruflichen Lebens mit Karriere, Erfolg und Geld, gegenüber allem, was die Sinne anspricht, wie Liebe, Kunst und Selbstverwirklichung wider. Aber auch die sozialen Komponenten, wie Familie, Freunde, Anerkennung und vor Allem Gesundheit, Körperbewusstsein, eine optimierte Ernährung und Entspannung sind hier zu nennen. (4) Regelmäßiger Sport, eine gesunde Sexualität, Partnerschaft und ein eventueller Wunsch nach Kindern können für ein zufriedenes Leben essentiell sein.

Der demografische Wandel sorgt ebenso für einen geänderten Life Style und

eine signifikante Erhöhung der Lebenserwartung.

Für den Beruf, die Teilnahme am sozialen Leben und die Freizeitgestaltung ist ein gut versorgbares Stoma somit von herausragender Bedeutung.

Ein wesentlicher Bestandteil in der Weiterbildung zu Enterostomatherapeutinnen und Enterostomatherapeuten ist die theoretische Begründung und die praktische Durchführung des präoperativen Anzeichnens. Besonders betont wurde und wird auch heute noch die unerlässliche Notwendigkeit zur engen Kooperation und Kommunikation zwischen Patient, Operateur und Pflegefachkraft in der Durchführung der präoperativen Markierung einer Stomaanlage. Demzufolge forderte die Internationale Vereinigung der Stomaträger (IOA) bereits 1993 mit der Veröffentlichung der Charta der Rechte der Stomaträger: „Es ist das Recht von Stomaträgern ein gut angelegtes, richtig platziertes Stoma zu erhalten, unter voller und angemessener Berücksichtigung des Wohlergehens des Patienten“.

Für die Chirurgen und Chirurgen ist die präoperative Markierung der bestmöglichen Stomaposition eine wichtige Unterstützung zur Vermeidung einer späteren Stomafehllage.



a) Mehrere Hautfalten in sitzender Position

Als ungünstig wird die Stomaposi- tion dann bezeichnet, wenn die Lokali- sation eine normale, sichere Versorgung beeinträchtigt. Typische Stomafehl- lagen sind Nabelnähe, Rippenbogen, Leistennähe Bauchfalte oder Narbe. (5)



b, c, d) Stoma in Hautfalte;
e) Stoma in Nähe des Rippenbogens

Was für Auswirkungen kann eine Sto- mafehl- lage für die Lebensqualität des Betroffenen entwickeln?

In Bezug auf die Versorgung können durch rezidivierende Undichtigkeiten Hautschäden verursacht werden. Diese können zu weiteren Problemen wie z. B. Defiziten der angestrebten Haftung der Versorgung führen. Für den Betroffenen bedeuten eine schlecht haftende Versorgung massive Einschränkungen der Lebensqualität

wie z. B. Angst vor Undichtigkeit, Ge- ruchsbelästigung etc..

Sie verursachen Unsicherheit im Be- rufsleben, im Alltag, bei der Freizeit- gestaltung und dem sozialen Umgang, oft einhergehend mit sozialer Isolation. Deshalb ist ein gut positioniertes Sto- ma, Grundvoraussetzung für eine an- gestrebte Selbstversorgungsfähigkeit. Ein optimal platziertes Stoma stellt grundsätzlich auch schon die erste und beste Voraussetzung für eine sichere und zuverlässig haftende Stomaversor- gung und maximaler Autonomie dar.

Im Rahmen der Delegation ist nach hausinterner Vereinbarung die Durch- führung der präoperativen Stomamar- kierung auf die qualifizierten Pflege- fachkräfte in der Stomatherapie übertragbar. Juristisch verbleibt die Verantwortung für die korrekte prä- operative Stomamarkierung beim operierenden Mediziner.

In wissenschaftlichen Studien wurde wiederholt der Nutzen der präoperati- ven Stomamarkierung erforscht und belegt. In der Medizin hat sich die präoperative Stomamarkierung fest etabliert.

Hierzu hat maßgeblich beigetragen, dass in den einschlägigen Leitlinien die präoperative Stomamarkierung empfohlen wird. In den zertifizierten Viszeralchirurgischen und Uroonkolo- gischen Zentren erfolgt die Prüfung der regelmäßigen Durchführung der präoperativen Stomamarkierung durch die Auswertung der jährlichen Kenn- zahlen in den Audits.

Die praktische Durchführung der prä- operativen Stomamarkierung wurde in Deutschland durch die Fachgesell- schaft Stoma, Kontinenz und Wunde mit einer Handlungsanweisung im Jahre 2012 publiziert. International wurden entsprechende Empfehlungen für die Ileostoma- und Kolostomaan- lagen als Position Statement der WOCN/ ASCS bereits 2007 (aktualisiert 2014) und für die Urostomaanlagen als Positi- on Statement der WOCN/AUA in 2009 (aktualisiert 2015) publiziert. Inhaltlich hat sich der Durchführungsablauf zur präoperativen Stomamarkierung im Laufe der Jahre nur in wenigen Punk- ten verändert. Während früher nur maximal 1-2 Positionen auf dem Bauch des Patienten markiert wurden, wer- den heute als Routine meist mehrere Punkte markiert und ergänzend fort-

laufend nummeriert nach abgestufter Priorisierung. Das erleichtert dem Operateur während des Eingriffs das Ausweichen auf eine weniger optimale Position, wenn die Position der ersten Wahl aus anatomischen oder chirurgi- schen Gegebenheiten nicht für die Stomaanlage zur Verfügung steht. Geändert hat sich auch in vielen Fällen der Zeitpunkt der präoperativen Sto- mamarkierung im organisatorischen Ablauf der Operationsvorbereitungen. Heute werden viele Stomamarkierun- gen bereits prästationär ausgeführt, in Verbindung mit einer individuellen pflegfachlichen Beratung vor dem operativen Eingriff. Letztlich kam es zu Veränderungen in der praktischen Durchführung der präoperativen Sto- mamarkierung aufgrund der veränderten Operationsverfahren. Mit Einführung der minimal-invasiven Operationstechnik erfolgten Anpas- sungen der präoperativen Stomamar- kierung aufgrund des Platzbedarfes durch die Operationsinstrumente. Als sehr hilfreich hat sich das Vorge- hen erwiesen, die vorhandenen anat- omischen „Landmarken“ Rippenbogen und Leistungsverlauf durch Linien zu kennzeichnen. Dies ist sehr hilf- reich, um beim Wechsel der Position des Patienten die Einflüsse auf die ge- wählte Stomaposi- tion bewerten zu können.

Die aktive Einbeziehung des späteren Stomaträgers in die präoperative Sto- mamarkierung sichert die frühzeitige Auseinandersetzung des Patienten mit der geplanten Maßnahme und unter- stützt die frühzeitige Anpassung des Menschen an sein zukünftiges Leben mit einem Stoma.

Nicht immer gelingt es die angestrebte „optimale“ Stomaposi- tion zu ermitteln. Jeder Mensch kommt mit seiner indivi- duellen Anatomie und seiner körperlichen Vorgeschichte zum präoperativen Beratungsgespräch. Nicht zu vergessen sind hierbei auch die spezifischen Klei- dungsgewohnheiten. „Die individuelle Kleidung hat für jeden Menschen eine große persönliche Bedeutung. Sie ist Ausdruck seiner Persönlichkeit, seines Lebensstils und seiner Lebenseinstel- lung“.

Dennoch versucht die erfahrene Pfl- egefachkraft in schwierigen Fällen auch oft gemeinsam mit dem Operateur die bestmögliche Position herauszufinden.

Natürlich kann die gewissenhafte und regelgerechte Durchführung der präoperativen Stomamarkierung nur die Auswahl der individuell bestmöglichen Stomaposition gewährleisten. Hinzu-

kommen müssen die prominente Ausleitung der Stomaanlage im Vergleich zum umgebenden Bauchdeckenniveau und eine komplikationsfreie postoperative Heilungsphase. Alles zusammen

sichert dem Stomaträger einen guten Start in das neue Leben als Stomaträger und trägt zu einer sicheren und verlässlichen Stomaversorgung unter den Belastungen des Lebensalltags bei.

Literatur bei den Autoren

Das Leben findet einen Weg!

*Was heißt das für uns
Pflegefachkräfte,
Stomatherapeuten
und die Ärzte?*

Jeder Betroffene muss nach einer Stomaanlage (ob elektiv oder im Notfall) die Chance bekommen, ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu führen.

Es ist unsere Aufgabe gemeinsam mit dem Patienten „Seinen Weg“ mit einer optimalen, angepassten, individuellen Versorgung zu finden. Grundvoraussetzung hierfür ist die präoperativ angezeichnete Stomamarkierung.



Grazijana Clemenz

Case-Managerin dgcc-zertifiziert
Universitätsklinikum des Saarlandes
Klinik für Allgemeine Chirurgie,
Viszeral-, Gefäß- und Kinderchirurgie
Case-Management
eMail: grazijana.clemenz@uks.eu

Frank Blumberg

Pflegeexperte Stoma Kontinenz Wunde
FgSKW und ICW zertifiziert
eMail: Frank.Blumberg@uks.eu
Klinik für Allgemeine Chirurgie,
Viszeral-, Gefäß- und Kinderchirurgie
Gebäude 57, 66421 Homburg

PFLEGESYMPOSIUM

Donnerstag, 16. März 2023 09.30 – 16.30 Uhr
• Wissenswertes rund um Stoma und Wundmanagement



WORKSHOP

Donnerstag, 16. März 2023 17.15 – 18.15 Uhr
• Transanale Irrigation – Aufwand und Nutzen!



SEMINAR FÜR MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE

Freitag, 17. März 2023 09.40 – 17.05 Uhr
• Proktologie: Wissenswertes für Medizinische Fachangestellte in Praxis und Klinik



TEILNAHMEGEBÜHREN

Dauerausweise	Datum	Gebühr
Dauerausweis Pflegesymposium (Berechtigt auch zum Besuch der wissenschaftl. Sitzungen am 17.–18.03.2023)	16.03.2023, 09.30 - 16.30 Uhr	60,00 €
Seminar für Medizinische Fachangestellte (Berechtigt auch zum Besuch der wissenschaftl. Sitzungen am 17.–18.03.2023)	17.03.2023, 09.40 – 17.05 Uhr	60,00 €
Workshop (begrenzte Teilnehmerzahl – frühzeitige Anmeldung erforderlich)	Datum/Uhrzeit	Gebühr
Workshop 1 Transanale Irrigation – Aufwand und Nutzen!	16.03.2023, 17.15 – 18.15 Uhr	20,00 €

Die Gebühren werden im Namen und für Rechnung der Deutschen Gesellschaft für Koloproktologie e. V. vereinnahmt.

Tagungen für Medizinisches Assistenzpersonal

49. Deutscher Koloproktologen-Kongress München – HYBRID

16.–18. März 2023



Deutsche Gesellschaft für Koloproktologie (DGK)

ORGANISATION UND TEILNEHMERREGISTRIERUNG

MCN Medizinische Congress-organisation Nürnberg GmbH
Neuwieder Str. 9
90411 Nürnberg

0911 39316-42
0911 39316-56
www.mcn-nuernberg.de
dgk@mcnag.info

TAGUNGSORT

Hilton Munich Park Hotel, Am Tucherpark 7, 80538 München



Stoma
Skin
Soul



Ein sanfter Druck
in die richtige
Richtung



JETZT NEU! Der zweiteilige soft konvexe NovaLife TRE™ Hautschutz von Dansac

Für sanften Druck genau dort, wo er rund um das Stoma am nötigsten ist.

- Die 6 mm soft Konvexität der neuen Hautschutzplatte übt sanften Druck auf die Stomaumgebung aus und kann dadurch Unebenheiten der stomaumgebenden Haut ausgleichen
- Das zweiteilige System macht Ihre Stomaversorgung noch flexibler: Der Beutel lässt sich austauschen, ohne jedes Mal die Hautschutzplatte zu wechseln. Einfach lösen und neuen Beutel einrasten
- Sanfter Druck fördert die sichere Abdichtung genau dort, wo sie benötigt wird. Geeignet für viele Körperformen und Stomata



Weitere Informationen unter www.dansac.de

Bestellen Sie gerne Ihr kostenloses Muster.

Wir sind für Sie erreichbar:

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

Tel.: 0800 / 888 33 88 (gebührenfrei)

E-Mail: beratungsteam@dansac.de

Klinikpartnerschaft Franziskus-Hospital Harderberg und First Central Hospital of Mongolia

Im Rahmen eines Projektes zur Entwicklungszusammenarbeit führten wir, Birgit Stegemann und Andrea Faustmann, Pflegeexperten SKW, aus dem Franziskus-Hospital Harderberg, eine Woche im Juni einen Workshop zur Stoma- und Wundtherapie im First Central Hospital of Mongolia in Ulan Bator durch.



Bilder: Birgit Stegemann, Andrea Faustmann

Ziel des Projektes ist eine Unterstützung für die Weiterentwicklung des Colorectal Surgery Department des First Central Hospital Ulaanbaatar, Mongolei. Initiator und Leiter des Projektes ist Dr. med. Erik Allemeyer, Leitender Arzt der Proktologie, Kontinenz- und Beckenbodenchirurgie am Franziskus-Hospital Harderberg. Unsere Entwicklungszusammenarbeit wird durch das Bundesministerium für Entwicklung und Zusammenarbeit

gefördert, indem seit 2020 eine Aufnahme in das Förderprogramm Klinikpartnerschaften.de des BMZ erfolgt ist. Rund 40 % der Landesbevölkerung leben in der Hauptstadt Ulan Bator (1,452 Millionen Einwohner, gesamt 3,278 Millionen Einwohner). Kliniken zur Maximalversorgung finden sich ausschließlich in der Hauptstadt. So ergeben sich insgesamt erhebliche Unterschiede in der Versorgung der Landbevölkerung im Vergleich zur Versorgung der Hauptstadtbewohner.

Diese wird insbesondere verschärft durch sehr große Distanzen und eingeschränkte Reisemittel. Neben eingeschränkten Ressourcen und qualitativen Versorgungsproblemen auch auf dem Niveau der Maximalversorger ist deshalb der Zugang zum Gesundheitssystem ein wesentliches Problem für die Gesundheitsversorgung der mongolischen Bevölkerung. Strukturelle Barrieren, qualitative Versorgungsmängel im Gesundheitswesen und große räumliche Distanzen zu me-



dizinischen Einrichtungen können als Ursache für eine Unterversorgung im Gesundheitssystem genannt werden.

Wir sind immer noch von dieser besonderen Gastfreundschaft und Begleitung überwältigt.

Der Chefarzt der proktologischen Abteilung Herr Professor Bat Ulzii Erdene mit seinem Team, die Pflegedienstleitung und die Geschäftsführung unterstützen mit viel Energie dieses Projekt. Frau Dr. Bolor Choidogjamts und Dr. Tuvshuu standen uns regelmäßig als Übersetzer zur Verfügung, mal in Englisch, mal in Deutsch, so dass wir uns immer austauschen konnten. Die hohe Besucherzahl sowie die fehlende Privatsphäre der Patienten im First Central Hospital war für uns sehr ungewohnt.

Das Verständnis der Pflege ist in der Mongolei anders: Patienten müssen sich ihre eigene Bettwäsche mitbringen, Mahlzeiten werden von Angehörigen gebracht, die Körperpflege übernehmen Angehörige, bestimmte Materialien (gerade in der Stomaversorgung) müssen mitgebracht werden und selbst bezahlt werden. Unter anderem auch Toilettenpapier oder Inkontinenzprodukte.

Unsere abgesprochenen Tätigkeiten bestanden darin, dass wir verschiedene Vorlesungen im Hörsaal im Bereich Stomamanagement und der Vacuum-Therapie durchführten. So war es möglich ca. 80 Mitarbeiter zu schulen. In unseren Koffern konnten wir, in geringer Menge, Stomamaterial und Vacuum-Therapie Material mitführen. Am Flughafen sind diese Materialien

nicht aufgefallen. Aber die Erdnüsse im Koffer wurden erst als Nuggets – Goldklumpen aufgespürt. Mittels einer geschmuggelten Apfelsine konnten wir eine Wunde simulieren. Den Sog bauten wir auf, in dem wir eine Redonflasche angeschlossen hatten. Glück gehabt. Es hat funktioniert. Die Pflegefachkräfte und Ärzte waren mit Begeisterung dabei.

Durch unsere Fortbildung wurde das Interesse geweckt und die Bitte vorgebracht, die Wundversorgung nicht nur im Bereich der Vakuumtherapie, sondern auch in den anderen Bereichen weiter zu schulen.

Sie wünschen sich einen regen Austausch (z. B. auch online) und schlugen vor, ob eine Mitarbeiterin speziell von uns geschult werden könnte. Diese Mitarbeiterin soll als Multiplikator die-





Bat Ulzii Erdene beklagte, dass zum Teil das Nahtmaterial nicht vorhanden ist. In der chirurgischen Ambulanz waren wir bei der Wundversorgung dabei, die oft mit einfachen Mittel durchgeführt wurden.

Da der Dienstag ein Feiertag in der Mongolei war, sind wir mit Professor Bat Ulzii Erdene und seiner Familie und mit 3 Chirurgen in 2 Autos in die Steppe gefahren. Das ist die größte nach Thymian riechende Wiese mit freilaufenden Pferden (ca. 3 Millionen), Ziegen (20 Millionen), Yaks und Schafe. Unvorstellbare Weite. Kleine Flüsse, die wir mit dem Auto durchfahren, keine befestigte Fahrbahn. Teilweise würden wir in Deutschland nicht mal mit dem Trecker diese Wege befahren. Wir konnten beobachten, wie Einheimische, die in ihren Jurten lebten, ihre Tiere versorgten. Eine andere Welt! Aber auch eine Welt, die kritisch zu beurteilen ist. Durch die massiv ansteigende Anzahl der Schafe und Ziegen sind die Weiden ausgelagert, die Tiere finden zu wenig Futter. Immer mehr Hirtenfamilien müssen aufgeben und ziehen in das Umland von der Hauptstadt. Wer viele Tiere hält und die Steppe stark abnutzt, soll hohe Steuern zahlen. Die Nomaden sind arm. Trotzdem eine Welt, die nicht in Deutschland zu finden ist. Dieser einwöchige Einsatz im First Central Hospital Ulan Batar in der Mongolei war für uns eine sehr große Erfahrung. Die Kollegen haben uns Einblick in ihre Arbeit gewährt. Wir konnten ein fremdes Land mit frem-



nen. Auch einen möglichen Einsatz in Deutschland und damit Schulung wurde von der Pflegedirektorin als Wunsch vorgeschlagen. Jedoch muss die sprachliche Barriere erst mal überwunden werden. So werden wir in Folge Möglichkeiten zur Fortbildung suchen und uns mit Fachgesellschaften in Verbindung setzen um deren Erfahrungen zu nutzen oder sie direkt mit einbinden. Eine weitere Voraussetzung zur Umsetzung eines Wundmanagements ist, dass Wundmaterialien über Firmen, aus Russland oder China, die evtl. ansässig in Deutschland sind, Material liefern. Auch werden wir im weiteren Verlauf Standards, Leitlinien und Handlungsabläufe zur Verfügung stellen. Im OP konnten wir bei einer Rektumamputation zuschauen. Herr Professor

der Tradition bestaunen. Ebenfalls möchten wir die Umsetzungsbereitschaft hervorheben. Leider wird diese oft durch schlechte Rahmenbedingungen, aber auch durch Mangel an finanziellen Mitteln, schon in der Basis abgeblockt. Wir werden weiter die Verbindung ausbauen und eine Optimierung im Bereich der Stoma- und Wundversorgung anstreben. Kontakte mit Fachgesellschaften, Industrie, Fördermaßnahmen sind dabei unumgänglich. Diese große Aufgabe werden wir mit viel Freude und Enthusiasmus wahrnehmen.

Birgit Stegemann, Andrea Faustmann



Weiterbildung, Vernetzung und Austausch



in Bremen

Schon jetzt vormerken: DEWU Deutscher Wundkongress & Bremer Pflegekongress vom 10. bis 12. Mai 2023



Vom 10. bis 12. Mai 2023 wird Bremen einmal mehr zum Treffpunkt nationaler und internationaler Fachleute aus Medizin, Pflege und Gesundheitswirtschaft. Dann nämlich findet der DEWU Deutscher Wundkongress & Bremer Pflegekongress in der MESSE BREMEN und

im Congress Centrum Bremen statt. Im Fokus des DEWU, dem bundesweit größten Forum zum Thema chronische Wunden, stehen 2023 Themen, die der Fachbeirat unter den Schlagworten Awareness, Budget, Care, Digitalisierung und Education zusammenfasst. Konkret geht es beispielsweise

um „Empowerment und Selbstreflexion von Pflege und Patient:in“ oder um „Digitale Lösungen in der Wundversorgung“. Aber Sie als Teilnehmende sind natürlich auch aufgerufen, sich aktiv einzubringen und die genannten Schlagworte aus Ihrer Perspektive zu beleuchten.

Noch bis zum 15. Dezember 2022 können Sie Ihr Abstract für Vorträge (20 bis 30 min. inkl. Diskussion) oder Workshops (60 bis 90 min.) online unter www.deutscher-wundkongress.de (Menüpunkt „Referierende“) einreichen.

„Herausforderung Vielfalt“

Gleiches gilt auch für den 17. Bremer Pflegekongress, der sich in diesem Jahr schwerpunktmäßig mit der „Herausforderung Vielfalt“ auseinandersetzt. Mit der Wahl dieses übergeordneten Themas wollen die Organisatoren und der Programmbeirat der Tatsache Rechnung tragen, dass nicht nur die Pflegeaufgaben selbst immer anspruchsvoller und vielfältiger werden, sondern auch die Rahmenbedingungen: So gibt es innerhalb des Pflegekollegiums beispielsweise eine Vielfalt an Professionen, Nationalitätä-

ten und Generationen, die täglich intensiv zusammenarbeiten. Außerdem gilt es, eine Vielfalt an Ausgangssituationen, Methoden und Herangehensweisen zu berücksichtigen.

Deutscher Wundpreis 2023 und zwei Gesundheitstage

Im Rahmen des DEWU Deutscher Wundkongresses findet 2023 erneut eine Posterausstellung statt, bei der die überzeugendsten Einreichungen mit dem Deutschen Wundpreis der ICW e. V. in unterschiedlichen Kategorien ausgezeichnet werden. Letzter Termin für Posterbeiträge ist der 28.02.2023.

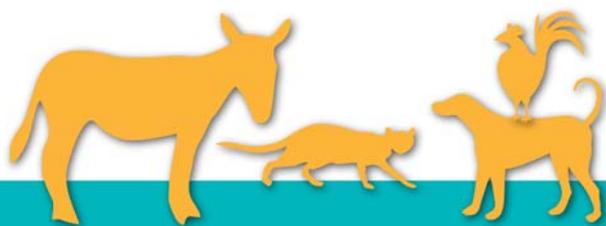
In den Zeitraum des Doppelkongresses fallen 2023 zwei bedeutsame Gesundheitstage: Am 10.05.2023 ist der Tag gegen den Schlaganfall und

am 12.05.2023 ist der Internationale Tag der Pflegenden. „Beide Termine finden natürlich auch im Programm entsprechende Berücksichtigung“, sagt Projektleiterin Cordula Paul. Und Cordula Grimm, Bereichsleiterin CONGRESS BREMEN und Gastveranstaltungen, ergänzt den Ausblick auf 2023: „Der dreitägige Doppelkongress ist mittlerweile das größte Forum für chronische Wunden und der praxisnahe Branchentreff für aktuelle Fragestellungen in der Pflege. Wir erwarten gut 4500 Teilnehmende und rund 120 Ausstellende in der begleitenden Fachmesse. Registrierung und Anmeldung sind für beide Kongresse ab Mitte Dezember 2022 möglich.“

Alle weiteren Informationen finden Sie unter www.deutscher-wundkongress.de und www.bremer-pflegekongress.de

10. – 12. Mai 2023

Messe und Congress Centrum Bremen



BREMER PFLEGEKONGRESS

Herausforderung

Vielfalt

www.bremer-pflegekongress.de

DEWU

DEUTSCHER WUNDKONGRESS

in Kooperation mit der Initiative Chronische Wunden e. V.

Awareness Budget Care
Digitalisierung Education

www.deutscher-wundkongress.de

FÜR **SIE** IM GESPRÄCH

Interview mit Klaus Zobel, Pflegeexperte Stoma Kontinenz Wunde



FgSKW:

Hallo Herr Zobel, vielen Dank dass Sie sich die Zeit genommen haben, an unserer fortlaufenden Interviewserie mitzuwirken. Stellen Sie sich doch bitte den Lesenden kurz vor.

Zobel:

Vorweg ein kurzes Dankeschön für die Einladung zu diesem Interview. Ich bin seit 2002 examinierter Krankenpfleger und arbeite seit dieser Zeit am Sankt Elisabeth Hospital

Gütersloh. Dieses gehört mit dem Standort Gütersloh zur KHO, der Katholischen Hospitalvereinigung Ostwestfalen gGmbH und ist gleichzeitig auch Lehrkrankenhaus der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster.

FgSKW:

Welche Erfahrungen haben Sie bisher in Ihrem Job gemacht bzw. in welche pflegerischen und medizinischen Fachbereiche haben Sie Einsicht erhalten?

Zobel:

Begonnen hat meine „Pflegerkarriere“ auf einer damals noch fachübergreifenden Station für Innere Medizin. Im Verlauf habe ich verschiedene Abteilungen kennengelernt wie z. B. den OP und die Dialyse, jetzt arbeite ich seit 2009 auf einer interdisziplinären Station für Orthopädie und Gynäkologie.

FgSKW:

Eine interdisziplinäre Station für Orthopädie und Gynäkologie – diese Kombination ist doch eher selten anzutreffen.

Zobel:

Absolut. Die Strukturen und die baulichen Veränderungen haben diese Konstellation geschaffen. Der Vorteil der Gegebenheiten ist, dass ich aufgrund dessen die Weiterbildung zum Pflegeexperten SKW (PE SKW) absolvieren konnte.

FgSKW:

Was meinen Sie damit genau?

Zobel:

Nun, so wie meine persönlichen Erfahrungen während der Weiterbildung PE SKW waren, war es für mich von Vorteil in einem pflegerischen Sektor zu arbeiten, der sich schwerpunktmäßig mit einem der 3 Säulen der Weiterbildung PE SKW befasst. Viele Weiterbildungsteilnehmende meines Kurses arbeiteten auf einer Allgemein- und Viszeralchirurgischen Station, Urologie/Gynäkologie oder gefäßchirurgischen Abteilung. In dem Kontext umfasste das die Arbeit auf dem Gebiet der Stoma-, Kontinenz- und Wundtherapie.

FgSKW:

Apropos Weiterbildung PE SKW – Wann haben Sie die Weiterbildung durchlaufen und wo waren Sie?

Zobel:

Ich habe die Weiterbildung zum PE SKW in Herne am Bildungswerk in den Jahren 2017 bis 2019 absolviert. Soeben habe ich für die fortlaufende

Re-Zertifizierung der FgSKW e.V. meinen Fortbildungsnachweis der letzten 3 Jahre erbracht und das Zertifikat erhalten.

FgSKW:

Das freut mich zu hören! Kommen wir nochmal zu ihrer Weiterbildung bzw. zu der Abschlussarbeit – für welches Thema haben Sie sich entschieden?

Zobel:

Durch meine Arbeit auf einer teils gynäkologischen Station war mir anfänglich nicht klar, was ich für ein Thema wählen soll. Allerdings muss manchmal der Zufall einem in den Schoß fallen und in dem Kontext eine Idee.

Ich bin neben der stationären Arbeit Ansprechpartner für den Einkauf in den Bereichen Stoma, Kontinenz sowie der Wundversorgung im Krankenhaus.

Ich kann mich noch gut erinnern. An einem Tag kurz vor der Abgabe der Themen für die Abschlussarbeit hatte ich ein Gespräch mit der Apotheke, die im Krankenhaus für den Einkauf zuständig ist. In diesem Gespräch ging es inhaltlich um die Thematik des Gebrauchs von Einmalkathetern sowie um die Anzahl der Katheter im Jahresverbrauch. Die präsentierten Zahlen machten mich aufgrund des hohen Verbrauches stutzig und ich wollte der Sache auf den Grund gehen. Somit beschloss ich meine Abschlussarbeit thematisch der Kontinenz zuzuschreiben.

Meine Abschlussarbeit trägt den Titel „Blasenkatheterismus im Kreißsaal“ (Vorbereitung einer Studie) und hat den Pflegepreis der FgSKW im Jahr 2019 als eine von 3 ausgewählten Arbeiten gewonnen.

FgSKW:

Blasenkatheterismus im Kreißsaal und die Vorbereitung zu einer Studie? Diesen Zusammenhang müssen Sie mir erklären.

Zobel:

Die Arbeit zielte in den hypothetischen Thesen auf 5 Aspekte im Umgang und in der Durchführung mit einem FK (Fremdkatheterismus) im Kreißsaal. Zwei dieser Thesen wurden näher untersucht und anhand eines

Case Reports, der im Kreißsaal durchgeführt wurde, meine hypothetischen Thesen bestätigt.

Die Vorstellung meiner Abschlussarbeit und des anschließenden Case Reports wurden in den vergangenen Magazin MagSI (Nr. 84+89) veröffentlicht.

FgSKW:

Das ist wunderbar! Eine Frage bleibt hier jedoch offen, warum sind Sie Ansprechpartner für den Einkauf?

Zobel:

Das hat sich aus der Zeit heraus ergeben. Ich hatte im Jahr 2004 die Möglichkeit einen der ersten Wundmentoren Kurse zu besuchen und mich früh in das Themengebiet der Wundversorgung einzuarbeiten. Sowohl 2008 als auch 2016/2017 folgten der Wundexperte ICW und der Fachtherapeut Wunde ICW. Anschließend absolvierte ich 2017/2019 die Weiterbildung PESKW, wodurch ich unter anderem im Bereich der Stomakomplikationen mein Wissen im Bereich der Wundversorgung in einem erweiterten Themenkomplex anwenden kann.

Damals war ich schon einer der Ansprechpartner im Bereich der Wundversorgungsmaterialien, dies hat sich seit der Weiterbildung PESKW um zwei Themenfelder erweitert und stellt eine Herausforderung dar, die mir große Freude bereitet.

FgSKW:

Was begeistert Sie an Ihrer Arbeit und was macht ihnen besonders Spaß?

Zobel:

Die Herausforderung. Jeden Tag mit PatientInnen zu arbeiten, die sich in unterschiedlichen Lebenssituationen mit individuellen Problemen befinden.

Durch die Beratung und Schulung der PatientInnen und die Zeit, die ich mir für eine Beratung nehme, lässt sich das individuelle Problem von Betroffenen im Gespräch aus einer anderen Perspektive beleuchten. Hervorzuheben ist, dass die PatientInnen dankbar sind, dass sich Zeit für ein Gespräch genommen wird.

Häufig habe ich erlebt, dass PatientInnen während der Beratung selbst

eine Lösung oder zumindest den Ansatz zur Lösung von individuellen Problemen finden. Durch beispielsweise eine Stomaanlage, chronische oder schwer heilende Wunde, erschwerte beziehungsweise veränderte Lebenssituation, haben PatientInnen oftmals Probleme, die sie im ersten Moment so nicht erfassen können. Ich sehe mich hier als Anleiter, der etwas beibringen möchte und erlebe in einigen Gesprächen das „AHA“-Erlebnis seitens der PatientInnen.

Ich merke im Gespräch, wie diese auf das, was gesagt wird, positiv reagieren. Mit einer Art Enthusiasmus und positiver Einstellung beginnen sie Fragen zu stellen. Ich vermute es formt sich ein gedankliches Bild darüber, wie sie das vorher beschriebene Problem in ihren Lebensalltag integrieren.

Dies ist ein Phänomen, das sie eventuell auch schon einmal beobachtet haben. Durch die Zeit, die ich mir für die Anleitung von PatientInnen nehme,

kann ich diesen helfen, selbst auf die Lösung für ein Problem zu kommen.

Natürlich ist das nicht allgemein für alle PatientInnen gültig, aber in den Gesprächen, in denen ich diese Erfahrungen gemacht habe, sind es genau diese Situationen, in denen ich mir sage: „Ja, das hast Du gut gemacht.“

Jeder Mensch will gelobt werden, also warum nicht bei sich selbst anfangen?

FgSKW:

Da haben Sie vermutlich recht, bleibt eine abschließende Frage: Ihr Job in drei Worten?

Zobel:

S - Spezialisiert
K - Kommunikativ
W - Wunderbar

Das Interview führte
Margarete Wiczorek



Kontakt: Klaus Zobel
E-Mail: zobel.klaus79@gmail.com

Infokasten

Herr Klaus Zobel arbeitet als Pflegeexperte Stoma Kontinenz Wunde im Sankt Elisabeth Hospital in Gütersloh. Seit über 20 Jahren betreut er PatientInnen im Bereich der Wundversorgung und seit 2017 ist er im Darmkrebszentrum tätig.

eakin®

A SMALL PART
OF A BIGGER LIFE.

Ab dem **1. Januar 2023** starten wir mit einem neuen Team und der neu gegründeten **Eakin Healthcare GmbH** in Deutschland. Alle **eakin®** Stomaprodukte & Wund- und Fistelbeutel bleiben durchgehend verfügbar.

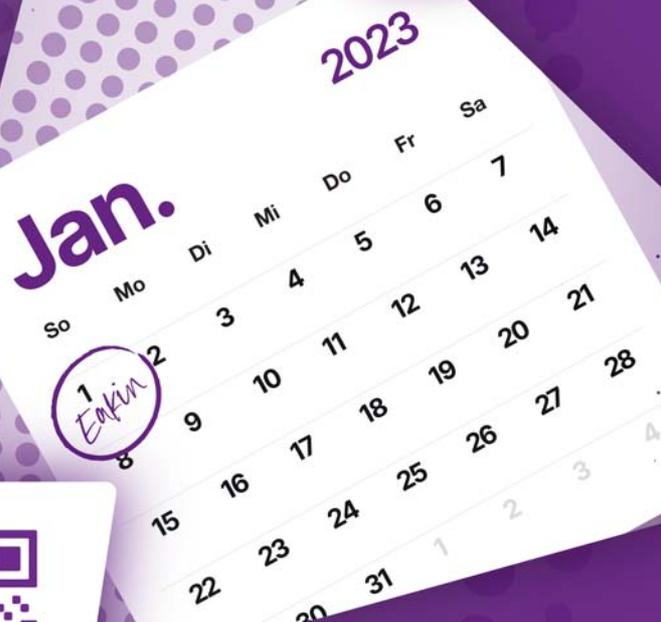
Seit über 15 Jahren helfen unsere hervorragenden Produkte das Leben von vielen Menschen in Deutschland zu verbessern. Wir freuen uns darauf Ihnen noch viele Jahre exzellente Produkte und Dienstleistungen anbieten zu können.

Bitte kontaktieren Sie uns, um einen reibungslosen Übergang zu starten:

Eakin Healthcare GmbH
info@eakinhealthcare.de
0800 1016974
www.eakinhealthcare.de
Berliner Str. 300b, 63065 Offenbach



NEUES TEAM
DIE GLEICHE
QUALITÄT





FROHE WEIHNACHTEN UND EIN GUTES NEUES JAHR!

- **Vielen Dank** •
für die angenehme
Zusammenarbeit
an unsere
**Mitglieder, Förderer,
Kooperationspartner
und Mitgliedsverbände.**



4-tägiger Online-Refresher-Kurs für Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten Stoma Kontinenz Wunde

Termine 2023:
13.01. + 14.01. + 03.02. + 04.02.
jeweils 09:00-16:00 Uhr



Zertifizierung StomaKontinenzWunde
Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde e.V.



Weitere Informationen finden Sie unter: www.fgskw.org/anmeldung



Verein der Freunde und Förderer der Pflege am
Universitätsklinikum Regensburg e.V. in
Kooperation mit der Klinik und Poliklinik für
Chirurgie am Universitätsklinikum Regensburg

Online-Rezertifizierung
03.03.2023 von 16:15-21:00 Uhr
04.03.2023 von 9:00-13:45 Uhr

DIE DEUTSCHEN
UNIVERSITÄTSKLINIKA®



Universitätsklinikum
Regensburg

Der Kampf gegen die Wundinfektion - Ursachen erkennen & Strategien benennen (Tag 1)



ReferentInnen:

PD Dr. Cornelia Erfurt-Berge
Leiterin Wundzentrum
Dermatologie, Hautklinik
Universitätsklinikum Erlangen

Sylvia Festl
Ambulanz, Fachklinik
Osterhofen GmbH

Dr. Bettina Huber
Chefärztin Schmerzzentrum
Fachklinik Osterhofen GmbH

PD Dr. Andreas Schwarzkopf
Institut Schwarzkopf GbR,
Bad Bocklet

Julia Seidl
Leitung Wundmanagement,
Ambulanz, Fachklinik
Osterhofen GmbH

Teilnahmegebühr für beide Termine zusammen:

70,00 Euro (bitte ab Januar
2023 bis spät. 22.02.2023
überweisen)

35,00 Euro für Mitglieder VFFP
e.V. (bitte ab Januar 2023 bis
spät 22.02.2023 überweisen)
Die Teilnehmerzahl ist
begrenzt.

Konto des VFFP:
Sparkasse Regensburg
IBAN: DE9675050000780010484
BIC: BYLADEM1RBG
Stichwort: „Rezertifizierung“ +
Teilnehmername

**Anmeldung per Mail
mit Postanschrift**

Programm 03.03.2023:

16:15 Uhr	Begrüßung (Thomas Bonkowski)	 3 Punkte	 5 Punkte pro Tag	 5 Punkte
16:25 Uhr	Keime - unsichtbare Gefahr mit sichtbarer Wirkung (Dr. Andreas Schwarzkopf)			
18:10 Uhr	Interaktiver Dialog zwischen digitalem Publikum und Referenten			
18:25 Uhr	Ausloggen der offiziellen Veranstaltung Einloggen in die Industrieausstellung (extra Login)			
18:50 Uhr	Ausloggen aus der Industrieausstellung Einloggen in die offizielle Veranstaltung			
18:55 Uhr	Das schwierige Puzzle der Behandlung von infizierten Wunden richtig zusammensetzen (Dr. Cornelia Erfurt-Berge)			
20:45 Uhr	Interaktiver Dialog zwischen digitalem Publikum und Referenten			
20:55 Uhr	Verabschiedung/Ausblick nächster Tag (Thomas Bonkowski)			

Programm 04.03.2023 folgt auf der nächsten Seite ↓

Wichtiges zur Teilnahme:

Fortbildungspunkte können nur an Teilnehmer vergeben werden, die mit Bild und vollständigem Namen sichtbar vor der Kamera sind.

Bitte melden Sie sich mit Ihrer vollständigen postalischen Anschrift an, damit wir Ihnen im Anschluss die Teilnahmebestätigung und Fortbildungspunkte zusenden können (bevorzugt Privatanschrift) und nennen Sie uns hierbei Ihre möglichst private Mailadresse, dass Sie in jedem Fall Zugriff auf die versendeten Teilnahmelinks haben.

Bei Bedarf können wir Ihnen eine Rechnung über die Teilnahmegebühr zusenden. Bitte nennen Sie uns hierfür die korrekte Rechnungsanschrift. Sollten Sie eine separate Rechnung benötigen, erheben wir eine Rechnungsgebühr von 3 Euro. Alternativ können Sie die Teilnahmegebühren nach bestätigter Anmeldung einfach unter Angabe des Stichworts „Rezertifizierung + Teilnehmername“ überweisen.

Absage/Storno: Bei Stornierung der Anmeldung ab 1 Woche vor Veranstaltung wird die volle Teilnahmegebühr fällig. Es erfolgt keine Rückerstattung. Ein Ersatzteilnehmer kann genannt werden. Der VFFP e.V. kann Veranstaltungen absagen, wenn Gründe vorliegen, die er nicht zu vertreten hat (z.B. Ausfall des Referenten, geringe Teilnehmerzahl). In diesem Fall werden gezahlte Gebühren zurückerstattet.

Voraussetzungen: Laptop/PC mit Webcam und Mikrofon. Genutzt wird das kostenlose, browserbasierte Programm „Webex“.

Mit finanzieller Unterstützung in Höhe von 2.500 € durch:



Thomas Bonkowski und Thomas Wiesbeck
Mail: Thomas.Bonkowski@ukr.de
Tel.: 0941/944-4333 od. -4478

Das komplette Programm finden Sie unter: www.ukr.de

SEE YOU AT

**ECET
2023**

24-26 SEPTEMBER 2023
EVENTHOTEL PYRAMIDE
WIEN · ÖSTERREICH

**ECET 2023 IST EINE BILINGUALE KONFERENZ MIT
HOCHWERTIGEN WISSENSCHAFTLICHEN UND
KLINISCHEN PRÄSENTATIONEN**

ECET Konferenzen haben hochwertige wissenschaftliche und klinische Vorträge und Workshops, Netzwerkaktivitäten und bieten die Möglichkeit sich mit internationalen Kolleginnen und Kollegen auszutauschen.

Durch Ihre Teilnahme am ECET 2023

- Bringen Sie sich auf den neuesten Stand der ihres Wissens zu Stoma, Inkontinenz und Wundmanagement
- Bekommen Sie die Möglichkeit sich mit Kollegen zu treffen
- Können Sie an einer Vielfalt an Vorträgen und Workshops teilnehmen
- Haben Sie die Möglichkeit sie über die neuesten Produkte zu informieren



BILINGUAL
Deutsch-Englisch
Englisch-Deutsch

WICHTIGE TERMINE

Abstracteinreichung
öffnet am
Februar 2023

Abstract Deadline
2. Mai 2023

Registrierung öffnet am
März 2023

Frühbucher Deadline
2. August 2023

**Wir freuen uns Sie
auf dem ECET 2023
zu begrüßen**

Sie finden mehr Information auf
www.ecet2023.org

European
Council of
Enterostomal
Therapy

ECET



Mit Lebensfreude unterwegs

dank einzigartiger Hautschutzformel

und flexibler Passform: CeraPlus™

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.

Für Interessierte immer aktuelle Informationen hier: www.fgskw.org/veranstaltungskalender



27. – 28. Januar 2023

Kongress Pflege 2023

Springer Pflege
Kongressorganisation
Heidelberger Platz 3
14197 Berlin
Tel. (030) 82787-5510
Fax (030) 82787-5511
E-Mail: andrea.tauchert@springer.com
<https://www.gesundheitskongresse.de>



1. – 2. Februar 2023

Jobmesse Gesundheit & Pflege 2023

Messen.de wird betrieben von:
Messen.de PRObusiness GmbH
Hinterm Bahnhof 4
D-90513 Zirndorf
www.messen.de



03. – 04. März 2023

Online-Rezertifizierung

Thomas Bonkowski und Thomas Wiesbeck
Tel.: 0941 944-4333 od. -4478
E-Mail: Thomas.Bonkowski@ukr.de
www.ukr.de



16. – 18. März 2023

49. Deutscher Koloproktologen-Kongress

Deutsche Gesellschaft für Koloproktologie e.V.
Fon: +49 (0)761 70 438 - 113
Fax: +49 (0)761 70 438 - 114
Email: info@koloproktologie.org
www.koloproktologie.org

Altenpflege

GEMEINSAM BESSER

25. – 27. April 2023

ALTENPFLEGE - Die Leitmesse 2023

Vincentz Network GmbH & Co. KG
Plathnerstr. 4c
30175 Hannover
Tel.: 0511 - 9910-000
E-Mail: info@vincentz.net
www.altenpflege-online.net



10. – 12. Mai 2023

17. DEWU Deutscher Wundkongress & Bremer Pflegekongress

M3B GmbH
Findorffstraße 101
28215 Bremen
Tel. +49 (0)421 3505-0
Fax +49 (0)421 3505-340
E-Mail: info@m3b-bremen.de
www.congress-bremen.com



11. Mai 2023

Junge Pflege Kongress Nordwest 2023

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe -
DBfK Bundesverband e.V.
Alt-Moabit 91
10559 Berlin
Tel.: +49 (0)302191570
Fax: +49 (0)3021915777
E-Mail: dbfk@dbfk.de
www.dbfk.de



24. – 26. September 2023

European Council Of Enterostomal Therapy

Vienna • Austria
Tel.: +45 70 20 03 05
Fax: +45 70 20 03 15
E-Mail: info@cap-partner.eu
www.ecet2023.org

MagSi®

MAGAZIN

fgSKW
STOMA
KONTINENZ
WUNDE

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

Erscheinungsmonate: April, August, Dezember

Jahresabonnement zum Bezugspreis von Euro 17,70 zzgl. Versandkosten.

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

Die Bestellung ist innerhalb von 10 Tagen schriftlich widerrufbar.

Es gilt das Poststempel- oder Faxsendedatum.

Ja, ich möchte abonnieren!

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

Geldinstitut:

Kontonummer:

Bankleitzahl:

Unterschrift:

Absenderangaben

Titel:

Name, Vorname:

Straße, Haus-Nr.:

PLZ, Ort:

E-Mail:

Datum:

Unterschrift, Stempel:

Bitte senden Sie Ihre Bestellung an:

Marianne Franke – Sekretariat
 FgSKW (Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde) e.V.
 Niklaus-Groß-Weg 6 · 59379 Selm
 Fax.: 02306-378-3995 · E-Mail: sekretariat@fgskw.org
 Nr. 90 · 12/2022



Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe – Bundesverband e.V.
 Alt-Moabit 91
 10559 Berlin
 Tel.: 030/219157-0
 dbfk@dbfk.de – www.dbfk.de



Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e.V.
 Geschäftsstelle: c/o Brigitte Nink-Grebe
 Glaubrechtstraße 7, 35392 Giessen
 Tel.: 0641/6868518
 dgfw@dgvf.de – www.dgfw.de



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



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



Wannsee-Akademie
 Ansprechpartnerin: Frau Ria Günther
 Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin
 Tel.: 030/80686-040/100
 E-Mail: akademie@wannseeschule.de
 www.wannseeakademie.de



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



Stoma-Welt.de
 Am Bettenheimer Hof 26
 55576 Sprendlingen
 info@stoma-welt.de / www.stoma-welt.de



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



FORUM Gesundheit - Fort- und Weiterbildung
 Herr Anton Münster
 Am Brambusch 24, 44536 Lünen
 E-Mail: info@forum-gesundheit-nrw.de
 www.forum-gesundheit-nrw.de



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

Mitgliedsverbände



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



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



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



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



Maximiliane Schaffrath

Systemrelevant

Hinter den Kulissen der Pflege

Verlag: Hirzel, S.

17. März 2021

240 Seiten

ISBN 978-3-77762-94-21 / € 18,00

Warum wir diejenigen pflegen müssen, die uns pflegen Dass Deutschland bisher einem Corona-Desaster entging, muss fast wie ein Wunder erscheinen, wenn man Maximiliane Schaffraths Buch zur Situation von Pflegekräften liest. Sie beschreibt sehr persönlich und drastisch die Stationen ihrer eigenen Krankenpflege-Ausbildung. So wird nicht nur deutlich, wie wichtig die Arbeit der Pflegefachkräfte für das menschliche Gesicht von Krankenhäusern und Altersheimen ist. Mit ihrem Buch zeigt sie auch, wie sehr die Leistungsfähigkeit unseres Gesundheitswesens von der Pflege abhängt! - Was Pflege bedeutet: ein schonungsloser und zutiefst ehrlicher Erfahrungsbericht - Von der Geburt bis zur palliativen Begleitung: Einblick in den Alltag der Pflegefachkräfte - Jenseits aller Grenzen: Arbeitsbedingungen und psychische Belastung - Traumberuf Pflege? Was sich ändern muss, damit der Beruf attraktiv wird - Mehr als systemrelevant: Warum das Thema Pflege uns alle angeht! Zu wenig Personal, zu wenig Zeit: Was Pflegenotstand wirklich bedeutet Geriatrie, Krebsstation und Intensivpflege: Maximiliane Schaffrath kennt alle Abteilungen eines Krankenhauses und weiß, was Unterbesetzung, Zeitmangel und Überlastung bewirken.



Theresia Niedermeier

Alles was Du wissen musst um Deine wiederkehrende Blasenentzündung für immer loszuwerden

Verlag: Independently published

17. Mai 2021

358 Seiten

ISBN 979-8-50098-52-00 / € 25,95

Der Bestseller in aktualisierter Auflage. Das Buch, das noch mehr erklärt, als die Ursache Deiner Blasenentzündung. Es ist mittlerweile seit 10 Jahren aufgrund Studien bekannt, was der Auslöser für eine wiederkehrende Blasenentzündung ist. Anhand von E-coli-Bakterien wurde erforscht, dass diese sich vor Antibiotikaangriffen schützen können, indem sie sich in der Blasenwand verstecken und dann immer wieder zum Vorschein kommen und neue Entzündungen auslösen. Hierfür gibt es aber Methoden, wie man auch diese Bakterien, die die Entzündung immer wieder aufs Neue entflammen, in Angriff nehmen kann. Doch davon ist nichts in der gängigen Leitlinie, nach welchen Ärzte behandeln sollten, zu finden. Dieses Buch klärt auf wieso, weshalb, warum und natürlich WAS man dagegen tun kann.



Reinhard Lay

Ethik in der Pflege

Das Lehrbuch für alle Bereiche der Pflege

Verlag: Schlütersche

4. Mai 2022

562 Seiten

ISBN 978-3-84260-83-82 / € 49,95

Dieses Buch macht Lust auf Pflege und gibt einen ausgezeichneten Überblick. Es leitet zum kreativen Nachdenken an und ermutigt zum kritischen Nachhaken. In den vielfältigen Konflikten des „ganz normalen“ Pflegealltags bietet das Lehrbuch Klarheit und Sinn. Reinhard Lay stellt zuverlässige Orientierungshilfen und praktische Lösungsmöglichkeiten vor, damit Pflegenden mit gutem Gewissen Entscheidungen treffen können. Sehr anschaulich und praxisorientiert werden alle wichtigen ethischen Themen aus dem Pflegealltag bearbeitet. Außerdem enthält das aktualisierte Standardwerk zahlreiche Beispiele aus Pflegepädagogik, Pflegemanagement und Pflegewissenschaft. Neu hinzugekommen sind Themen wie Fürsorge und Kommerz, Roboter in der Pflege und ethische Probleme in der Corona-Pandemie.

Hier könnte auch
Ihr Buchbeitrag
veröffentlicht werden.

Neuer Abschlussjahrgang „Pflegeexperte SKW“ in Rheine

An der Akademie für Gesundheitsberufe in Rheine konnte die zweijährige berufsbegleitende Weiterbildung zur „Pflegeexpertin Stoma Kontinenz Wunde“ von allen 20 Teilnehmerinnen erfolgreich abgeschlossen werden.

Die Kursteilnehmerinnen waren aufgrund der Coronapandemie gefordert, sich zeitweise flexibel auf Online-Formen des Lernens umzustellen, Hospitationszeiten zu verschieben und Hygieneauflagen im Unterricht mitzutragen. Auch die Fachdozenten haben sich den Anforderungen des digitalen Ler-

nens gestellt und die Weiterbildung mit großem Engagement mitgestaltet. Trotz aller Chancen, die sich durch diese Lernformen ergeben haben, wurde zugleich deutlich, wie wertvoll der persönliche Austausch im Präsenzunterricht ist.

Bei der Abschlussveranstaltung präsentierten die Absolventen ihre Abschlussarbeiten der Fachöffentlichkeit. Als Vertreterin der Fachgesellschaft Stoma Kontinenz Wunde (FgSKW) überreichte Gabriele Ungethüm anschließend den stolzen Absolventinnen die Zeugnisse.



Foto mit den Absolventinnen der Weiterbildung Pflegeexperte SKW: Kerstin Berger; Eva Budaj; Kim Eckhardt; Christiane Göcke; Ronja Kettwig; Sarah Kirsch; Claudia Cecilia Llanos-Medina; Anke Lütke Wienker; Kirsten Mangels; Irina Martin; Jennifer Melis; Claudia Niemann; Heike Obernolte; Linda Ritschel; Antje Rohrbach; Svenja Turowski; Sandra von Winzkowsky; Anna Wissing; Sylvia Zamora Alzerreca-Orsa; Nicole Zmuda sowie Angelika Henschel als Fachdozentin und Elisabeth Tenkleve als Kursleitung.

Folgende Weiterbildungsstätten bieten aktuell die Weiterbildung zur/zum „PFLEGEEXPERTIN / PFLEGEEXPERTEN Stoma, Kontinenz und Wunde“ an
Stand: 10.11.2022:

Diakonisches Institut für Soziale Berufe
Frau Birgit Muth
Bodelschwinghweg 30
89160 Dornstadt
Tel.: + 49 73 48 98 74 0
Fax: + 49 73 48 98 74 30
E-Mail: info@diakonisches-institut.de
www.diakonisches-institut.de

DAA – Deutsche Angestellten Akademie
Institut Nordhessen/Zweigstelle Kassel
Frau Andrea Schmidt-Jungblut
Angersbachstr. 4
34127 Kassel
Tel.: + 49 561 807 06 0
Fax: 0561 80706-188
E-Mail: Andrea.Schmidt-Jungblut@daa.de
www.daa-kassel.de

Bildungszentrum Ruhr
Campus der St. Elisabeth Gruppe
Sekretariat Fr. Marion Lach
Widumerstr. 8
44627 Herne
Tel.: + 49 2325 986 2738
Fax: + 49 2325 986 2739
E-Mail: sekretariat@bildungszentrumruhr.de
www.bildungszentrum-ruhr.de

Mathias Hochschule Rheine
Akademie für Gesundheitsberufe
Frau Elisabeth Tenkleve
Frankenburgstr. 31
48431 Rheine
Tel.: 05971/42 1172
Fax: 05971/42 1116
E-Mail: e.tenkleve@mathias-spital.de
www.mathias-stiftung.de

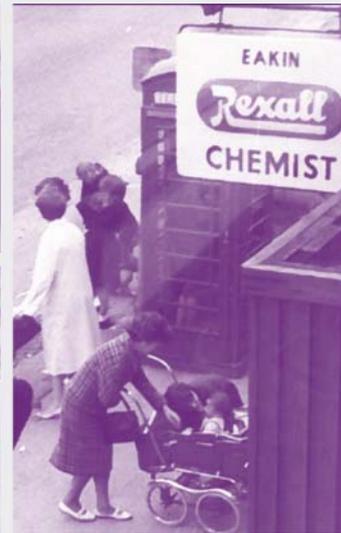
FORUM Gesundheit - Fort- und Weiterbildung
Frau Katharina Schmidt
Am Brambusch 24
44536 Lünen
Tel.: +49 231 98 60 511
Fax: +49 231 98 60 509
E-Mail: info@forum-gesundheit-nrw.de
www.forum-gesundheit-nrw.de

Eakin-Produkte: Vertrieb ab Januar 2023 über neu gegründete Eakin Healthcare GmbH

Ab dem 1. Januar 2023 wird Eakin Healthcare GmbH exklusiv alle Eakin Produkte in Deutschland vertreiben. Die Eakin Healthcare GmbH ist eine neue Tochtergesellschaft der Eakin Healthcare Group, ein internationales familiengeführtes Medizinprodukteunternehmen.

Made in Ireland –
Die Geschichte von Eakin

Eakin wurde 1974 von Tom Eakin, einem Apotheker in Nordirland, gegründet. Auf Grund der Probleme vieler Stoma-träger:innen, welche Kunden in seiner Apotheke waren und eines engen Familienmitglieds mit Urostoma, fühlte er sich berufen zur Verbesserung der



Lebensqualität von Stomaträger:innen beizutragen. Die meisten Probleme entstanden durch Leckagen und fehlendem Hautschutz, wunde Haut um das Stoma und starke Einschränkungen im Alltag waren das Resultat. Tom entwickelte daraufhin in seinem neu gegründeten Unternehmen den Cohesive® Hautschutz. Dies war der Anfang einer langen Erfolgsgeschichte und erleichterte das Leben für viele Stomaträger:innen.

Trotz des immensen Wachstums im Laufe der Jahre bleibt die Mission der Eakin Healthcare Group bestehen – die beständige Entwicklung und Verbesserung von Produkten die Komfort, Hautschutz und Benutzerfreundlichkeit bieten und aus den Bedürfnissen der Betroffenen entstehen. Eakin verfolgt den Ansatz Stomaträger:innen stets die allerbeste Versorgung bieten zu können. Das Stoma soll nur ein kleiner Teil des täglichen Lebens sein.

Bereits seit über 15 Jahren profitieren Menschen in Deutschland von Eakin-Produkten – wobei Eakin Woundpouches™ und Eakin Cohesive® Hautschutzringe für ihre besonderen Hautschutzeigenschaften bekannt sind. Wir freuen uns darauf, dem deutschen

eakin®



Markt weiterhin hervorragende Produkte und Dienstleistungen anbieten zu können.

**Eakin Healthcare GmbH
ab Januar 2023**

Wir versichern Ihnen, dass es zu keiner Unterbrechung der Produktversorgung kommen wird und wir Ihnen und den Tausenden von Menschen, die unsere Produkte verwenden, einen nahtlosen Übergang ermöglichen.

Sie können sich ab sofort an die Eakin Healthcare GmbH wenden, um den nahtlosen Übergang einzuleiten. Gerne richten wir Ihnen ein Kundenkonto ein, über das Sie ab dem 01. Januar 2023 Eakin Stoma- und Wundprodukte bestellen können.

Bitte beachten Sie unsere neuen Kontaktdaten:

**Eakin Healthcare GmbH
Berliner Straße 300b
63065 Offenbach
T: 0800 1016974
M: info@eakinhealthcare.de
www.eakinhealthcare.de**



Die nächste Ausgabe Ihrer

MagSi® Magazin

Stoma · Kontinenz · Wunde

erscheint im April 2023

Herausgeber

FgSKW (Fachgesellschaft
Stoma, Kontinenz und Wunde) e.V.
Herr Werner Droste
Nikolaus-Groß-Weg 6
59379 Selm
Tel.: +49(0)25 92/97 31 41
Fax: +49(0)23 06/3 78 3995
E-Mail: info@fgskw.org
Internet: www.fgskw.org
ISSN 1863-1975

Erscheinungsmonate

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

Redaktion + Autorenbeiträge

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

Gestaltung

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

Druck

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

Anzeigenverwaltung,

Verkauf und Versand

FgSKW (Fachgesellschaft
Stoma, Kontinenz und Wunde) e.V.
Herr Werner Droste
Nikolaus-Groß-Weg 6
59379 Selm
Tel.: +49(0)25 92/97 31 41
Fax: +49(0)23 06/3 78 3995
E-Mail: sekretariat@fgskw.org
Internet: www.fgskw.org

Abonnement

Bezugspreis Jahresabonnement
Inland- und Ausland
17,70 € zzgl. Versand
Einzelheftpreis 5,90 € inkl. Inland-Versand.

Das Abonnement gilt zunächst bis zum
Ende des folgenden Kalenderjahres.
Danach kann das Abonnement jährlich
bis zum 30. 09. jeden Jahres zum Jahres-
schluss gekündigt werden.

Zielgruppen

- Pflegende mit der Qualifikation
Stomapflege, Kontinenz und Wund-
versorgung mit spezieller Ernährungs-
beratung
- Pflegende und andere Berufsgruppen in
klinischen und ambulanten Bereichen,
Rehabilitationseinrichtungen, Sozial-
stationen, im Sanitätsfachhandel und
in der Industrie
- Pflegende und andere Berufsgruppen in
Alten-, Senioren- und Pflegeheimen
sowie in Kranken- und Altenpflegeschu-
len und in Weiterbildungseinrichtungen
- Homecarebereich
- Ärzte
- Therapeuten
- Betroffene

Ein zum Abonennten-Versand zusätzlich
durchgeführter zielgruppenorientierter
Wechselsversand bundesweit oder gezielt re-
gional wird zur Öffentlichkeitsarbeit
regelmäßig durchgeführt.

Bankverbindung

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

Geschäftsbedingungen

Das MagSi® Magazin

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

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

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

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

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

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

Bild: AdobeStock © dabooost



Wir gehen auf Ihre persönlichen Herausforderungen ein –
mit der idealen Kombination aus Fürsorge und innovativer Technologie.

Erfahren Sie mehr über
unser Engagement
für die Zukunft



Stomacare^{PLUS}

Die neue Bandagen-Generation

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



Standard **Plus**



EasyOpener **Plus**



EasyCut **Plus**

Die „Plus“-Punkte in der Übersicht

Hellgrauer Farbton bietet optimale
Diskretion auch unter heller Kleidung

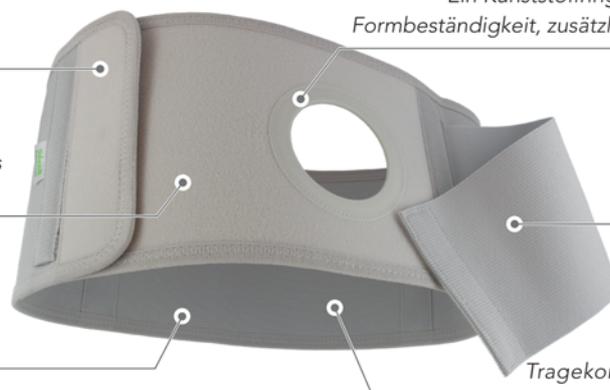
Ein Kunststoffring umfasst die Stomaöffnung und sorgt für
Formbeständigkeit, zusätzliche Stabilität und eine leichte Reinigung

Dünne Bandagen-Vorderseite aus Velours
für ein angenehm leichtes Tragegefühl

Integrierte Prolapsabdeckung
zum Schutz bei der Stomapflege

Verschiedene Höhen für das jeweils
individuelle Bedürfnis zur Auswahl

Coolmax-Material für einen hohen
Tragekomfort und ein angenehmes Körperklima



Basko Healthcare

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

basko.com

FOLLOW US

