MagSi®

MAGAZIN

FgSKW

STOMA
KONTINENZ
WUNDE

Das Thema

Stomaanlagen bei Kindern und Jugendlichen

Kontinentes Ileostoma

Dekubitus versus IAD

Status quo 15 Jahre Urotherapie in Deutschland

Aktuell

DEWU Deutscher Wundkongress & Bremer Pflegekongress

Weiterbildung Aktuell

Abschluss der Weiterbildung zur / zum Pflegeexpertin / Pflegexperten Stoma, Kontinenz und Wunde im FORUM Gesundheit

Abschluss der Weiterbildung zur / zum Pflegeexpertin / Pflegexperten Stoma, Kontinenz und Wunde an der DAA Kassel

Fachzeitschrift für Pflege, Fortbildung und Berufspolitik · 27. Jahrgang · Nr. 93 · Dezember 2023

€ 5,90 · ISSN 1863-1975

Ag

3DFit® Technology

Das *Plus* an Sicherheit

Biatain® Ag bekämpft Infektionen und reife Biofilme dort, wo es darauf ankommt.***

Wölbung zum Wundgrund

Barrierefreie Silberfreisetzung

Hohes Rückhaltevermögen

Wirkt am Wundgrund durch 3DFit® Technologie

Vertikale Absorption

Aktive Keimabtötung

Infektionsbekämpfung

Abgerundete Kanten

Jetzt Fallverlauf aus der Wundversorgung ansehen und sich von der Wirkung des silberhaltigen Schaumverbandes Biatain® Ag überzeugen.

€ weiterhin erstattungsfähig

Mindestens bis Dezember 2024

*Reife Biofilme sind als mindestens 24h alt definiert.
**In-vitro-Untersuchung, eine Übertragbarkeit der in der Untersuchung gefundenen In-vitro-Ergebnisse auf die klinische Praxis bedarf weiterer Untersuchungen, 2018.

Coloplast

Biatain® Ag

The Coloplast logo is a registered trademark of Coloplast A/S. © 2023-09. All rights reserved Coloplast A/S, 3050 Humlebaek, Denmark.

Ausblick

DAS THEMA	4	Stomaanlagen bei Kindern und Jugendlichen
	12	Mangelernährung: Ein weiterhin unterrepräsentiertes Thema in deutschen Krankenhäusern
	17	Kontinentes Ileostoma
	22	Dekubitus versus IAD
	28	Status quo 15 Jahre Urotherapie in Deutschland
	34	Ist eine fachgerecht, wirtschaftliche Ileumconduitversorgung im Rahmen sinkender Vergütungspauschalen für den Leistungserbringer möglich?
AKTUELL	40	DEWU Deutscher Wundkongress & Bremer Pflegekongress
FACHGESELLSCHAFT AKTUELL	43	Kooperationspartner/Mitgliedsverbände
BUCH-TIPP	44	Buchvorstellung
WEITERBILDUNG AKTUELL	45	Weiterbildung zur / zum Pflegeexpertin / Pflegexperten Stoma, Kontinenz und Wunde im FORUM Gesundheit
	46	Deutsche Angestellten-Akademie GmbH DAA Kassel
SCHAUFENSTER	48	Neuigkeiten bei Produkten und Dienstleistungen
IMPRESSUM	50	Impressum/Vorschau nächste Ausgabe

Liebe Leserinnen und Leser,

der Dezember ist da und damit die Zeit für schöne, besinnliche Stunden mit Freunden und Familie. Doch wie oft geht genau diese Vorweihnachtszeit und der Jahresausklang im Stress unter. Es stehen viele Dinge noch auf der To-Do-Liste und die Weihnachtseinkäufe wollen auch erledigt werden.

Umso wichtiger ist es, dass wir uns bewusst Auszeiten gönnen. Was für den Einen ein langer Spaziergang ist, kann für den Anderen Yoga, Meditation oder ein ausgedehnter Saunabesuch sein – gerade oder trotz der hektischen Zeit um Weihnachten. Wir wünschen Ihnen, dass Ihnen die Auszeiten gelingen und dass Sie schöne Feiertage haben. Kommen Sie gut im neuen Jahr an.

Ihr Redaktionsteam

Titelmotiv: AdobeStock © nikkytok

Stomaanlagen bei Kindern und Jugendlichen

Wie kann die Proktokolektomie die Lebensqualität bei einer therapierefraktären Colitis ulcerosa beeinflussen?

Ein Fallbeispiel

Bild: AdobeStock @ Sheila

In meinem aktuellen Tätigkeitsfeld in der Stomatherapie der Universitätsmedizin Göttingen (UMG) versorge ich Erwachsene aber auch Kinder und Jugendliche mit Stoma. Stomaanlagen bei jungen Menschen sind selten und somit kommen Pflegende nur vereinzelt mit der Versorgung in Berührung, was häufig zu Unsicherheiten führt und alle an der Betreuung Beteiligten vor große Herausforderungen stellt. Zudem ist die Auswahl an Versorgungsprodukten für Kinder und Jugendliche sehr überschaubar. Daher war es meine Intension, im Rahmen meiner Weiterbildung zur Pflegeexpertin Stoma, Kontinenz und Wunde (PE SKW), tiefgründiger in die Versorgung pädiatrischer StomapatientInnen einzusteigen, um so auch anderen KollegInnen und Auszubildenen mehr Einblick und Sicherheit für die Versorgung der jungen PatientInnen mit Stoma zu geben. Gerade auch im Hinblick auf die generalistische Pflegeausbildung sollte die Schulung der zukünftigen Pflegekräfte für diese speziellen Versorgungen ein besonderes Augenmerk bekommen.

Wenn ein Kind erkrankt, hat die Diagnose häufig Einfluss auf die gesamte Familie und deren Alltag. Für die Pflegenden steht die Versorgung des erkrankten Kindes oder des erkrankten Jugendlichen im Fokus, aber genauso die Betreuung der Eltern mit all ihren Sorgen, Fragen, Zweifeln und Ängsten. Umso wichtiger ist es, dass Pflegekräfte bei den Herausforderungen in der Versorgung des Stomas souverän auftreten und ihr Wissen gezielt an die Eltern weitergeben können.
Ein Teil der vorliegenden Facharbeit ist entstanden durch die Unterstützung eines Jungen, den ich im Rahmen seiner Klinikaufenthalte kennenlernte und betreute.

Diese Ausarbeitung soll die Aufgabenbereiche der PE SKW im Stomaprozess darstellen und aufzeigen, wie sich die Lebensqualität eines an Colitis ulcerosa erkrankten Menschen verändern kann. Dies wird mithilfe eines Fallbeispiels verdeutlicht. Ein Fragebogen, der mit den verschiedenen Aktivitäten des Lebens Bezug auf die unterschiedlichen Krankheitsphasen des Betroffenen nimmt, soll die subjektive Einschätzung der Lebensqualität erfassen. Dabei wird sowohl die Lebensqualität des direkt Betroffenen selbst, als auch die der Familie - der indirekt betroffenen Umwelt erfasst.

Veränderungen der Lebensqualität durch die Proktokolektomie bei einer therapierefraktären Colitis ulcerosa am Fallbeispiel eines jugendlichen Betroffenen

Vorstellung des Patienten

In den folgenden Passagen wird exemplarisch auf den Patienten Udo eingegangen. Der Name sowie jegliche personenbezogenen Daten sind von der Verfasserin dieser Arbeit geändert und anonymisiert. Sowohl die Eltern, als auch der Betroffene selbst, haben für die Veröffentlichung ihr schriftliches Einverständnis gegeben.
Udo wird 2006 als reifes Neugeborenes nach einer unauffälligen Schwangerschaft spontan entbunden und drei Monate voll gestillt. Er entwickelt sich altersentsprechend und durchlebt mit seinen beiden jüngeren Geschwistern eine gesunde Kindheit.
In der Familienanamnese ist keine chronisch entzündliche Darmerkrankung (CED) bekannt. Im November 2016 erkrankt Udo an einer Gastroenteritis, das Erbrechen bessert sich nach wenigen Tagen doch die wasserdünnen Diarrhoen bleiben, zeigen jedoch zu keiner Zeit Blut- oder Schleimbeimengungen. Innerhalb kurzer Zeit kommt es bei Udo zu einem Gewichtsverlust von elf Kilogramm. In dieser Phase hat er 20-30 Stuhlgänge in 24 Stunden.
Udos Allgemeinzustand verschlechtert sich sehr schnell, er ist müde, kraft- und antriebslos. Nach ausführlicher Diagnostik wird im Januar 2017 die Diagnose p-ANCA-positive Pancolitis ulcerosa gestellt, worunter man eine Entzündung des gesamten Kolons versteht (Hollstein, 2022). Histologisch sieht man eine ungewöhnlich stark ausgeprägte chronische und floride Entzündung des gesamten Dickdarms. Im Hydro-MRT wird ein entzündlicher Prozess der gesamten Kolonwand, insbesondere der linken Flexur beschrieben. Die medikamentöse Therapie erfolgt mit Mesalazin oral und rektal, Cortisonstößen und Azathioprin. Ab Mai 2018 erfolgt die Therapie mit Infliximab in steigender Dosierung. Darunter hat Udo einen insgesamt lebenswerteren Allgemeinzustand, er kann sich mit Freunden treffen, hat nur drei bis acht Stuhlgänge in 24 Stunden und ein Jahr lang keinen nächtlichen Stuhldrang, jedoch ist er nie symptomfrei. Ab April 2019 findet die medikamentöse Therapie mit Adalimumab in steigender Dosierung statt und ab Februar 2020 mit Tacrolimus, Vedolizumab, Azathioprin und Prednisolon. Hierunter hat Udo drei bis fünf Stuhlgänge in 24 Stunden. Ab August 2020 erhält Udo, als bisher einziges Kind in Deutschland, Vedolizumab und Infliximab alle 2 Wochen im Wechsel, darunter hat er eine gute Zeit, im Kreis der Familie sind Tagesausflüge und Kurzurlaube möglich. Aufgrund des Nachweises von Clostridium-difficle-Toxin und eines Rezidivs erhält der Patient alle drei Tage Vancomycin oral, Vitamin D nimmt er dauerhaft ein.

Der sektorenübergreifende Pflegeprozess „Rehabilitation des Stomaträgers“

Der Prozess der Pflege in der Stomatherapie ist ein Teilbereich der multidisziplinären Rehabilitation des Stomaträgers und erfordert ein interdisziplinäres Zusammenspiel der verschiedenen Berufsgruppen. Dazu zählen beispielsweise behandelnde ÄrztInnen, PsychologInnen, Pflegekräfte, spezialisierte StomatherapeutInnen, PhysiotherapeutInnen, MitarbeiterInnen des ernährungstherapeutischen Teams, sowie des Case-Managements. Der sektorenübergreifende Pflegeprozess kann in acht Teilprozesse gegliedert werden (Droste, Gruber, 2010, S.14 - S. 15). Der achte Teilprozess -stationäre Rehabilitation- findet in Udos Fall keine Anwendung.

Aufnahme im Akutkrankenhaus

Von der Oberärztin des Operativen Kinderzentrums (OPKiZ) erhält die stomatherapeutische Abteilung der UMG eine Konsilanforderung zur Stomamarkierung. Udo ist in der Klinik prästationär, aufgrund der Diagnose Therapierefraktäre Pancolitis ulcerosa ist eine Proktokolekomie mit Anlage eines ileoanalen J-Pouch (IAP) und Anlage eines passageren doppelläufigen Ileostomas geplant.
Der junge Patient und seine Eltern wurden über diesen Eingriff zuvor ärztlich aufgeklärt.
Das Versagen der konservativen Therapie stellt mit 71 - 85 Prozent

die häufigste Operationsindikation dar (Kroesen, 2020, S. 306).

Präoperative Maßnahmen - Gespräch und Markierung der Stomaanlage

Die konkrete Auswahl der präoperativen Gesprächsinhalte muss immer situativ entschieden werden und ist abhängig vom Wissensstand der betroffenen Person und seiner Eltern sowie der offenen oder im Gesprächsverlauf aufkommenden Fragen. Wichtig ist es, sensibel darauf zu achten, PatientIn und Angehörige nicht zu überfordern (Droste, Sachsenmaier, Tork, 2014, S. 51).
Bei kleinen Kindern, insbesondere bei Säuglingen und Frühgeborenen ist aufgrund der sehr begrenzten abdominellen Platzverhältnisse die Stomamarkierung oft nicht optimal durchführbar. In den häufigen Notfallsituationen wird auf eine Markierung in der Regel verzichtet (Kost, 2017, S. 170 - S. 171).
Bei Jugendlichen sollen die Eltern im Konsens mit dem Jugendlichen immer in therapeutische Gespräche einbezogen werden ohne beim Betroffenen den Eindruck der Bevormundung zu erwecken (Stier, Weissenrieder, 2018, S. 55).
Die Verfasserin dieser Arbeit lernt Udo und seinen Vater im Dezember 2021 kennen, er ist 15 Jahre alt und besucht die achte Klasse. Aufgrund der häufigen Klinikaufenthalte und der anhaltenden starken Beschwerden hat er in der Schule sehr viele Fehlzeiten. Seine MitschülerInnen und LehrerInnen sind über seine Erkrankung von Beginn an informiert. Sein Leben wird seit fünf Jahren von Bauchkrämpfen, ständigen Toilettengängen, Therapien und Klinikaufenthalten bestimmt. Seit etwa anderthalb Jahren setzen sich Udo und seine Eltern mit den Gedanken über eine mögliche Operation auseinander.
Auf Wunsch des Patienten werden im präoperativen stomatherapeutischen Gespräch mögliche Stomaversorgungsprodukte gezeigt, ausprobiert und Fragen diesbezüglich und im Allgemeinen zum Thema der Stomaversorgung gestellt und beantwortet.
Nach dem ausführlichen Beratungsgespräch erfolgt die Markierung zweier Punkte auf dem Unterbauch des Patienten für mögliche Stomaplatzierungen (▶Abb. 1 und Abb. 2).
Um eine optimale Lage zu ermitteln, wird die Stomaposition im Liegen, Sitzen und Stehen überprüft und angezeichnet (AWMF, 2019, S. 132).
Die S3-Leitlinien Kolorektales Karzinom der AWMF, die Fachgesellschaft der PE SKW (FgSKW), und die Charta der Stomaträger (ILCO, 2007) fordern die Durchführung der Stomamarkierung bei jeder geplanten Stomaanlage. Im Liegen wird der Musculus rectus abdominalis getastet, ebenso die Beckenkämme und Rippenbögen.
Die Stomamarkierung sollte fern von knöchernen Vorsprüngen, alten Narben, dem Nabel, den Leisten und vorhandenen Falten sein. Die markierten Punkte werden anschließend im Sitzen und Stehen kontrolliert und mit einem wasser- und desinfektionsmittelfesten Hautmarker angezeichnet. Der Betroffene muss die Markierung einsehen können und die Kleidungsgewohnheiten sollen berücksichtigt werden, was bedeutet, dass die Markierung nicht direkt unter dem Hosenbund liegen soll (Droste, Sachsenmaier, Tork, 2014, S. 84 - S. 85). Durch die optimale Stomalokalisation soll die spätere Selbstversorgung optimiert werden und eine gute und sichere Haftung der Materialien ermöglicht werden, was wiederum Komplikationen und Versorgungsproblemen vorbeugt (Hofmann, Summa, 2017, S. 80). Mit Udos Einwilligung und der seines Vaters erfolgt die Fotodokumentation in der Patientenakte. Ebenfalls werden darin die Durchführung und die Inhalte des präoperativen Gesprächs sowie die gewonnenen Inhalte und die Durchführung der Stomamarkierung dokumentiert.

Abb. 1 und Abb. 2: Stomamarkierung - Lokalisation hier in sitzender Position und im Stand

Operation

In Vorbereitung auf diese Abschlussarbeit erhält die Verfasserin Möglichkeiten bei mikochirurgischen Proktokolektomien mit IAP und Anlage eines doppelläufigen Ileostomas in der UMG zu hospitieren und nutzt diese Gelegenheiten, um mehr Hintergrundwissen zu erlangen.
Bei Udo erfolgt die Operation laparoskopisch, der Chirurg führt den Eingriff unter Sicht auf das Operationsfeld über einen Bildschirm durch. Unterhalb des Nabels wird eine 1-2 cm lange Inzision gesetzt, in die über ein Führungsrohr, unter Beleuchtung, ein Optiktrokar ins Abdomen eingebracht wird. Der Bauchraum wird mit Kohlenstoffdioxid (CO2) gefüllt und aufgedehnt. Das so hergestellte Kapnoperitoneum hebt die Bauchdecke von den inneren Organen ab und schafft einen Raum, der dem Operateur eine bessere Sicht und Orientierung ermöglicht. Drei weitere Trokare werden platziert, einer suprabubisch und jeweils einer im linken und rechten Mittelbauch. Der Bauchraum wird sehr gründlich inspiziert, die Ureter und nervalen Strukturen müssen sicher geschont werden. Zwei Zentimeter oberhalb des rektalen Schließmuskels wird das Rektum abgetrennt. Entgegen des Uhrzeigersinns, beginnend am Colon descendens, wird nach und nach das gesamte Kolon präpariert und gelöst. Nach vollständiger Mobilisation des Kolons wird dieses über den suprapubischen Trokarzugang vor den Bauch gelagert. Das Ileum wird abgesetzt und das Kolon zur histopathologischen Untersuchung abgegeben. Anschließend wird ein 15 cm langer Ileum-J-Pouch hergestellt und nach intraabdominell rückverlagert, wobei penibel darauf geachtet wird, dass keine Fehlrotation der Mesenterialgefäße des J-Pouches entsteht. Dann wird eine Anastomose zwischen Ileum-J-Poch und Anus hergestellt. Es folgt eine Dichtigkeitsprüfung bei der sich die Anastomose dicht für Luft zeigt.
Am mittleren Dünndarmteil, nach dem Übertritt zwischen Jejunum und Ileum soll ein protektives doppelläufiges Ileostoma angelegt werden. Dazu wird das Ileum an der linkslateralen Trokarstelle, der initialen Stomamarkierung, ausgeleitet. Danach wird das Kapnoperitoneum abgelassen, das CO2 entweicht, eine Robin-

sondrainage wird eingebracht und die Trokare entfernt. Die Muskel- und Faszienschicht wird verschlossen, ebenso das Subkutangewebe und abschließend die Haut. Dann wird das ausgeleitete Ileum eröffnet und zirkulär zum doppelläufigen evertierten Ileostoma eingenäht. Durch das OP-Team findet die Erstversorgung des Stomas mit einer sterilen post-OP-Versorgung statt.

Postoperative Stomapflege

Der junge Patient wird postoperativ auf der pädiatrischen Intensivstation vom intensivmedizinischen Team überwacht und behandelt. Die StomatherapeutInnen der Klinik kommen wochentags täglich zum Konsil. Stomaanlagen gelten aufgrund der Haut - Schleimhautfixierung als primäre Wunde. Diese Inzisionswunden müssen, laut Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert-Koch-Institut, 48 Stunden mit einer sterilen Wundauflage geschützt werden (KRINKO, 2007). Am ersten postoperativen Tag zeigt sich die Stomaversorgung gut haftend und intakt, somit ist kein Versorgungswechsel indiziert. Die sichtbare Stomaschleimhaut ist gut durchblutet, glänzend und leicht ödematös. Das Stoma fördert noch keine Ausscheidung. Udo ist ansprechbar, voll orientiert aber müde und hat aktuell keine Fragen zum Stoma, traut sich aber schon einen Blick auf den Bauch zu dem Stomabeutel zu richten. Am zweiten postoperativen Tag wird er auf die Normalstation des OPKiZ verlegt, in ein Zimmer, in dem auch der Vater als Begleitperson aufgenommen ist.
Einen besonderen Stellenwert in der Rehabilitation des Stomaträgers hat der erste Versorgungswechsel, da er die erste Begegnung des Patienten mit der neuen Körpersituation darstellt (Hofmann, Summa, 2017, S. 84). Nach dem Ablösen der alten Versorgung durch die Stomatherapeutin ist ein prominentes doppelläufiges Stoma ersichtlich mit gut durchbluteter Schleimhaut und dezentem Schleimhautödem. Die Stomafäden sind in situ. Die parastomale Haut und die Umgebungshaut sind intakt. Das Stoma fördert noch keine Ausscheidung. Mit der Einwilligung des Patienten und seines Vaters erfolgt eine Fotodokumentation (▶Abb. 3). Udo und sein Vater sehen beim Versorgungswechsel zu, verfolgen den Ablauf und die Erklärungen der Stomatherapeutin zu den einzelnen Arbeitsschritten und Materialien (▶Abb. 4). Es wird ein zweiteiliges System mit untergreifbaren Rastring verwendet, damit der Beutel schmerzfrei angebracht werden kann (Hofmann, Summa, 2017, S. 83). Im Anschluss legt Udo für ein paar Minuten seine wärmende Hand auf die frisch angebrachte Stomaversorgung, dadurch kann die Haftung der Hautschutzmaterialien beschleunigt werden (Hofmann, Summa, 2017, S. 99). Zudem ist der Nebeneffekt, dass der Patient durch die Berührung direkten Kontakt zu seinem Stoma hat (Hofmann, Summa, 2017, S. 90).
Ebenfalls findet ein ausführliches Beratungsgespräch mit dem Vater und seinem Sohn bezüglich Ernährung, Versorgungswechsel, Wechselintervalle, Stomaversorgungsmaterialien und Nachversorger statt. Udo bekommt eine altersgerechte Infobroschüre zum Thema Stoma und auch sein Vater erhält Infomaterialien und einen Flyer der Deutschen ILCO e.V., der Selbsthilfevereinigung für StomaträgerInnen und Menschen mit Darmkrebs sowie deren Angehörige.
Abschließend erfolgt die Dokumentation des Versorgungswechsels sowie der Gesprächsinhalte in die Patientenakte und zudem eine mündliche Rückmeldung an das ärztliche und pflegerische Personal der Station, insbesondere bzgl. der noch fehlenden Ausscheidung über das Stoma.

Abb. 3: zweiter postoperativer Tag nach Anlage einer doppelläufigen Ileostomie

Abb. 4: Materialien für den Versorgungswechsel

Anleitung, Schulung, Beratung zur Selbstversorgung

Am dritten postoperativen Tag erfolgt durch die Stomatherapeutin erneut eine Kontrolle der Stomaversorgung, welche gut abdichtend um das Stoma haftet. Über das Stoma wurde inzwischen wenig seröse Flüssigkeit ausgeschieden. Ein weiteres Beratungsgespräch mit Udo und seinem Vater findet statt. Die Stomaberatung ist zugleich eine psychologische Unterstützung. Der Betroffene erfährt in seiner neuen Situation Gefühle wie Scham und Ekel. Mit diesen Themen muss behutsam umgegangen werden, da sie für den Patienten unangenehm sind (Ofner, Ofner, 2017, S. 229). In diesem Gespräch werden auch gemeinsam Ziele besprochen, was in den kommenden Tagen geplant ist und bis zur Entlassung erreicht werden soll. Am vierten postoperativen Tag findet ein Versorgungswechsel statt, das Stoma zeigt sich unverändert gut durchblutet.
Da es noch immer nicht fördert, wird der Operateur informiert. Der orale Schenkel lässt sich bis zu 4 cm austasten, der Versuch, diesen mit einem Dauerkatheter zu schienen scheitert und so erhält Udo am Abend eine Revisions-OP, da er sich in einem mechanischen Ileus befindet. Laparoskopisch wird die Muskel- und Faszienschicht gespreizt, sodass der Durchtritt deutlich geweitet ist. Das Stoma wird neu in die Bauchdecke eingenäht. An den folgenden Tagen fördert das Stoma nun flüssigen Stuhl und Udo und sein Vater werden jetzt aktiv zum Versorgungswechsel angeleitet. Das Schleimhautödem hat sich vollständig zurückgebildet. Udo lernt schnell, welche Materialien für den Versorgungswechsel benötigt werden und welches die erforderlichen Arbeitsschritte dabei sind. Der Patient lernt, worauf er achten muss und übt Schritt für Schritt sich selbst zu versorgen. Anfänglich trainiert er, den Stomabeutel selbstständig zu entleeren, dann folgt das Üben des täglichen Beutelwechsels und schließlich der komplette Versorgungswechsel, so kann er sich annähernd an den Gesamtablauf mit seiner neuen Körpersituation auseinandersetzen (Hofmann, Summa, 2017, S. 94).
Damit nach dem Klinikaufenthalt keine Versorgungseinbrüche aufkommen, werden Udo und sein Vater von

der Stomatherapeutin konkret über die Möglichkeiten im ambulanten Bereich beraten. Zu Hause empfiehlt sich die Nachbetreuung durch Sanitätshäuser oder Homecare-Unternehmen mit qualifizierten PflegeexpertInnen für Stoma, Kontinenz und Wunde. Diese stehen auch bei aufkommenden Fragen und Problemen zur Verfügung und versorgen den Betroffenen mit den benötigten Stomamaterialien. Die Eltern haben bei der Wahl des Nachversorgers ein Wahlrecht (Kost, 2017, S. 182).
Ein weiteres wichtiges Thema in der Beratung stellt die Ernährung dar. Der langsam beginnende Kostaufbau, anfänglich mit flüssiger, dann weicher bis hin zu ballaststoffarmer, leicht verdaulicher Schonkost wird von Udo gut vertragen. Der Dünndarm befindet sich in der sogenannten Hypersekretionsphase und scheidet über das Ileostoma große Mengen flüssigen Stuhl aus. In der Klinik wird als stuhleindickende Massnahme mit einer Nahrungsergänzung durch Aplona® Apfel-Pulver begonnen. Stopfende Lebensmittel, wie z. B. Banane, Reis, Kartoffel, Haferflocken, Salzstangen, fein geriebener Apfel mit Schale oder gemahlene Flohsamenschalen werden empfohlen. Ebenfalls ist auf eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr zu achten. Während des postoperativen Kostaufbaus wird diese nach ärztlicher Anordnung intravenös unterstützt. Getränke wie stilles Mineralwasser, säurearme Fruchtschorlen, Früchte- und Kräutertees, isotone Getränke werden von der Stomatherapeutin, auch für die kommende Zeit zu Hause, empfohlen.

Entlassung und Überleitung

Am zehnten postoperativen Tag erfolgt durch die Stomatherapeutin ein Abschlussgespräch bezüglich weiterer stuhleindickender Maßnahmen, ausreichender Flüssigkeitszufuhr und der Notwendigkeit für Beckenboden-Sphinktertraining.
Da der externe anale Sphinkter seit der Stomaanlage und bis zur geplanten Rückverlagerung dieser nicht benutzt wird, kann die Muskelkraft und die Ansteuerbarkeit in dieser Zeit verloren gehen (Linkenbach, Gumbmann, 2017, S. 164). Auf Wunsch des Vaters erfolgt die Überleitung an einen Nachversorger und Udo wird mit Stomamaterial, ausreichend für die nächsten Tage, aus der Klinik nach Hause entlassen.

Betreuung durch ein Homecare-Unternehmen

Zu Hause erhält Udo Unterstützung von seinen Eltern und bei der Nachkontrolle auch von der Nachversorgerin des Homecare-Unternehmens, so wird er immer sicherer im Umgang mit dem Stoma.

Vier Wochen nach der ersten Operation erfolgt bei Udo zunächst eine Pouchoskopie, diese ergibt keinen Hinweis auf eine Insuffizienz.
Der J-Pouch stellt sich unauffällig dar, sodass keine weitere radiologische Diagnostik notwendig ist. So findet am Folgetag die geplante Ileostomarückverlagerung (SRV) mit einer simultanen laparoskopischen Cholezystektomie statt. Es folgt ein regelrechter postoperativer Verlauf.
Zunächst gibt Udo Übelkeit an, erbricht zweimalig und setzt flüssigen Stuhl ab. Den schonenden Kostaufbau verträgt Udo gut, die stuhlandickende Therapie mit Aplona® Apfel-Pulver wird wieder begonnen und am fünften postoperativen Tag wird Udo nach Hause entlassen.

Lebensqualität

"WHO defines Quality of Life as an individual's perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns" (WHOQOL, 1997).
Lebensqualität wird hier als subjektive Wahrnehmung des Menschen über seine Stellung im Leben, im Kontext der Kultur und des Wertesystems, in welchem er lebt und in Relation zu seinen Zielen, Erwartungen, Standards und Sorgen verstanden. Die Lebensqualität unterliegt somit subjektiver Einschätzung, eingebettet in einem kulturellen, sozialen und umweltbedingten Kontext.

"Die gesundheitsbezogene Lebensqualität beschreibt die mit Krankheit und Gesundheit in Zusammenhang stehenden Komponenten der Lebensqualität. Sie umfasst körperliche, psychische, soziale und funktionale Dimensionen des Befindens und des Handlungsvermögens. Gesundheitsbezogene Lebensqualität ist nicht direkt messbar oder zu beobachten, sondern muss indirekt über Indikatoren erfasst werden" (Jaehde, 2018).
In einer Studie über Erfahrungen von Patienten mit chronischen Magen-Darm-Erkrankungen wird aufgezeigt, dass die Lebensqualität von PatientInnen mit einer CED häufig stark beeinträchtigt ist, vor allem aufgrund von Durchfällen, abdominalen Schmerzen, rektalen Blutungen, Gewichtsverlust, Nebenwirkungen von Medikamenten aber auch durch Ängste, Depressionen, Antriebslosigkeit und Sorgen. Zudem berichten Menschen mit chronischen Erkrankungen häufig von Stigmatisierungserfahrungen (McCormick, 2012).

Subjektive Einschätzung der Lebensqualität

Udo und seine Eltern erhalten von der Verfasserin dieser Abschlussarbeit einen Fragebogen zur subjektiven Einschätzung der Lebensqualität. Dieser nimmt Bezug auf verschiedene Aktivitäten des täglichen Lebens und ist unterteilt in vier verschiedene Phasen:

- Die Zeit bis zum Ausbruch der Colitis Ulcerosa (CU)
- Die Zeit mit der CU in Therapie bis zur Operation
- Die Zeit nach der Proktokolektomie als Stomaträger
- Die Zeit nach der SRV mit aktiven J-Pouch

Was hat sich im Hinblick auf die Lebensqualität verändert?
- Stuhlkontinenz /-inkontinenz /
- konsistenz, Anzahl der Toilettengänge

Vor Ausbruch der CU hat Udo die volle Kontrolle über seine Stuhlausscheidung. Seit der Erkrankung ist er häufig inkontinent, verwendet aufsaugende Inkontinenzmaterialien und hat 20 - 30 Stuhlgänge in 24 Stunden.
Die Stuhlkonsistenz ist überwiegend flüssig, gelegentlich breiig, nie mit Schleim- oder Blutbeimengungen. Durch die Stuhlinkontinenz ist seine Lebensqualität erheblich eingeschränkt. Die Proktokolektomie und Ileostomaanlage bringen eine Veränderung der bisherigen Lebensgewohnheiten. In der Zeit als Stomaträger ist die Stuhlkonsistenz anfangs flüssig, mit der Umsetzung der stuhleindickenden Maßnahmen be-

kommt der Stuhl eine breiige Konsistenz und Udo entleert den Stomabeutel fünf- bis sechsmal in 24 Stunden. Seit der SRV hat er keine unfreiwilligen Stuhlabgänge, kann den breiigen Stuhl sowohl einhalten als auch drei- bis fünfmal in 24 Stunden kontrolliert ausscheiden, was einen enormen Zugewinn an Lebensqualität hervorruft.

- Ernährung, Trinkverhalten, Körpergewicht

Udo mag schon immer Obst, Gemüse sowie Suppen und trinkt gern Tee. Abneigungen hat er gegen Fleisch. Seit der Erkrankung verträgt er keine Fette, Kraut und scharfe Lebensmittel. Daran hat sich nichts geändert. Als Stomaträger hat er die Trinkmenge von früher, ein bis zwei Liter, auf zwei bis vier Liter täglich verdoppelt und seit der SRV trinkt er anderthalb bis drei Liter pro Tag.
Udo ist in seiner Entwicklung immer normalgewichtig, bei Ausbruch der CU verliert er elf Kilogramm Körpergewicht und wiegt noch 34 kg, während der Cortisontherapie nimmt er deutlich an Gewicht zu und bringt 65 kg auf die Waage. Als Stomaträger wiegt er 50 kg und drei Monate nach der SRV 53 kg. Mit seinen Eltern nimmt er regelmäßig Termine bei der Ernährungsberatung wahr und gemeinsam setzt die Familie die hilfreichen Tipps um.

- Schmerzen, Schmerzmittelbedarf

Vor der Erkrankung hat Udo keine Schmerzen, während der Erkrankung muss er die Bauchkrämpfe gelegentlich mit Schmerzmittel behandeln lassen. Auf der Numerischen Rating-Skala von null bis zehn (null = keine Schmerzen, zehn = stärkste vorstellbare Schmerzen) gibt er die Bauchschmerzen retrospektiv mit fünf an. Postoperativ werden Wundschmerzen angegeben und behandelt, im weiteren Verlauf als Stomaträger und nach der SRV bestehen keine Schmerzen.

- Hobbys, Freizeitgestaltung, Familienleben

Bis zum Ausbruch der CU ist Udo sehr aktiv, liebt es, Fußball mit Freunden und seinem Bruder zu spielen, fährt Fahrrad und geht schwimmen. Für viele Menschen, so auch für Udo, bedeutet sportliche Aktivität ein großes Stück Lebensqualität (Hofmann, Summa, 2017, S.105).
Mit Einsetzen der Beschwerden sind die sportlichen Aktivitäten kaum noch möglich, Fußball wird immer weniger gespielt, Außenaktivitäten sind nur möglich, wenn eine Toilette in der Nähe ist. Tagesausflüge mit der Familie können nur mit vielen Pausen stattfinden. Udos Lebensqualität ist gravierend reduziert. Zudem gibt es viele Klinikaufenthalte, die sein Sozialleben ebenfalls sehr einschränken. Seit der Erkrankung beschäftigt er sich häufig am Computer und liebt es, zu puzzeln. Nach der Proktokolektomie läuft Udo als Stomaträger kurze Strecken und seit der SRV, geht er vermehrt mit dem Hund spazieren und steigert seine Aktivitäten. Udo unternimmt viel mit seinen Freunden und übernachtet sogar bei ihnen, was ihm einen enormen Zugewinn an Lebensqualität bringt.

- Schule, Fehlzeiten

Udo mag die Schulfächer Sport und Mathematik besonders gern und hat vor der Erkrankung kaum Versäumnisse in der Schule, das ändert sich mit Ausbruch der CU deutlich. Die starken Beschwerden und vielen stationären Behandlungen führen zu enormen Fehlzeiten. Während der Covid-19-Pandemie profitiert Udo von neuen Homeschooling-Modellen mit Online-Unterricht. Die Zeit als Stomaträger fällt überwiegend in die Ferienzeit und seit Ende Januar 2022 geht Udo wieder regelmäßig zur Schule. Seitdem hat er keine Fehlzeiten mehr und schafft es, während des Unterrichts, nicht auf die Toilette gehen zu müssen, was er als ein tolles Gefühl beschreibt. Udo nimmt wieder an Schulausflügen teil, dadurch ist sein Sozialleben wiederhergestellt.

- Allgemeinbefinden, Motivation, Müdigkeit

Als gesundes Kind ist Udo immer motiviert, sehr optimistisch und hat einen normalen Tag-Nacht-Rhythmus. Im Pubertätsalter ist Antriebsarmut, eine Null-Bock-Mentalität typisch (Endres et al., 2018, S. 343). Die CU geht einher mit schneller Erschöpfung und Müdigkeit, zum einen verliert Udos Körper viel Flüssigkeit, zum anderen muss er nachts häufig zur Toilette, was seinen Schlafrhythmus stört. Zudem wird die reduzierte Motivation aus Sorge vor unfreiwilligen Stuhlabgängen weiter herabgesetzt. Nach der Proktokolektomie ist Udo zunächst erschöpft. Die Zeit als Stomaträger ermöglicht es ihm nachts durchschlafen zu können, wodurch seine Lebensqualität langsam zunimmt und seit der SRV hat er viel Energie, ist positiv gestimmt, hochmotiviert und hat wieder Lebenslust.

- Ängste, Unsicherheiten, Erwartungen

Vor der Erkrankung hat Udo keinerlei Ängste, doch mit der CU entwickelten sich diese. Zunächst weiß er nichts über das Ausmaß der Erkrankung und zunehmend macht er sich Sorgen, nicht rechtzeitig eine Toilette zu finden, ausgelacht zu werden, ein Leben lang Windeln tragen zu müssen und nicht mehr normal leben zu können. Immer wieder erfährt er Rückschläge, weil Medikamente nicht oder nur kurzzeitig wirken. Dazu kommt die Angst vor einer großen Operation und einer Behinderung. Nach der Stomaanlage hat er zunächst keine Sorgen, doch das ändert sich mit der Ileussymptomatik und der notwendigen Revisions-OP, die Sorge wächst, dass ein solcher Verschluss erneut auftreten könnte. Zunächst ist er unsicher im Umgang mit dem Stoma und dessen Versorgung aber er lernt schnell die Handhabung und kann sich selbst und ohne fremde Hilfe versorgen. Seit der SRV ist Udo zuversichtlich, hofft, dass der J-Pouch hält, freut sich über seine neu gewonnene Lebensqualität und wieder zur Schule gehen zu können, Freunde zu treffen und an gemeinsamen Unternehmungen teilhaben zu können.
Udos Eltern sorgen sich als erstes um den enormen Gewichtsverlust von elf Kilogramm, bewältigen mit ihrem Sohn viele Arztbesuche, müssen weiterhin ihr Berufsleben und die Versorgung der beiden anderen Kinder aufrechterhalten, die sich selbstverständlich auch um ihren Bruder sorgen. Die Diagnose ist ein einschneidender Moment im Leben der Familie. Alle Hoffnung wird in die Infusionstherapien gesetzt. Die Eltern haben Angst um ihren ältesten Sohn, sorgen sich, dass er depressiv oder ein Mobbing-Opfer unter Gleichaltrigen wird, obgleich LehrerInnen und MitschülerInnen viel Verständnis auf-

bringen. Das Familienleben hat sich innerhalb kürzester Zeit an Udos Bedürfnisse angepasst, gemeinsame Aktivitäten können jedoch nur noch stattfinden, wenn es Udos Befinden zulässt. Nach der Proktokolektomie, während ihr Sohn ein Stomaträger ist, überwiegt bei den Eltern die Freude darüber, dass er endlich wieder nachts durchschlafen kann und ihm längere Aufenthalte im Freien keine Sorgen mehr machen. Mit der SRV gibt es zunächst Bedenken, ob vier Wochen für den Heilungsprozess des Darms ausreichend sind und der J-Pouch hält. Es folgt zunehmende Erleichterung über Udos kontrollierte Darmentleerung und seinen neu gewonnenen Lebensmut. Die Eltern blicken positiv in die Zukunft ihres Sohnes und genießen seine aber auch die deutlich verbesserte Lebensqualität der Familie.

- Ungewissheit als zentrale Erfahrung

Ungewissheit ist bei Menschen mit CED ein beherrschendes Thema, allgegenwärtig und in fast allen Lebensbereichen dominant. Sie wird im Verlauf der Erkrankung immer komplexer und mehrdimensional (Palant, 2017, S.183).
Eine CED kann nicht nur physische und psychische Beschwerden mit sich bringen sondern auch zu einem Rückgang der sozialen Aktivitäten führen und so negative Auswirkungen auf die Lebensqualität haben. Retrospektiv geben Udo und seine Eltern die Ungewissheit auf einer Skala von null bis zehn (null = keine Ungewissheit, Verunsicherung oder Unsicherheit, zehn = größte vorstellbare Ungewissheit) in der Zeit nach Ausbruch der Erkrankung mit sechs bis neun an, die Zeit nach der Proktokolektomie als Stomaträger mit zwei und die Zeit nach der SRV mit eins an. Zu Beginn der Erkrankung besteht die Ungewissheit aus Sorge vor der Wirkung und möglichen Nebenwirkungen der Medikamente, Unsicherheit darüber, wie Udo diese Belastung psychisch verarbeitet und welchen Einfluss die CU auf seine Entwicklung hat. In der Zeit vor der OP bestehen die Bedenken und die Ungewissheit darin, wie er eine solche Operation verkraftet, wie er mit dem Stoma zurechtkommen wird und ob der J-Pouch die erhoffte Funktion erfüllen wird. Es besteht weiter die Ungewissheit darüber, dass Udo eine Pouchitis erleiden könnte.

Fazit

Der Stomaprozess wurde anhand des Fallbeispiels aufgeschlüsselt und gibt einen Einblick in den umfangreichen Aufgabenbereich des/der PE SKW.
Die Eingangsfrage, wie sich die Lebensqualität bei einer therapierefraktären Colitis ulcerosa verändern kann, wurde ebenso anhand des Fallbeispiels dargelegt. Am Modell des Patienten Udo konnte exemplarisch gezeigt werden, dass seine subjektive Lebensqualität mit der Erkrankung Colitis ulcerosa innerhalb von fünf Jahren immer weiter abnahm und großen Einfluss auf seine Entwicklung, sein Sozialleben und seine Psyche hatte. Mit der Proktokolektomie erlang er nach und nach deutlich mehr Lebensqualität zurück, das zeigt sich in der neu bzw. zurückgewonnenen Lebenslust, den wieder möglichen Freizeitaktivitäten und dem wieder hergestellten Sozialleben. Auch der Einfluss der Krankheit und der Therapie auf Udos Familie konnte begutachtet werden. Die Lebensqualität der Eltern und Geschwister wurde durch die Erkrankung ebenfalls stark negativ beeinflusst. Mit Udos Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität konnte auch die Lebensqualität seiner Familie wieder einen Zugewinn erfahren. Insgesamt kann festgehalten werden, dass Menschen mit chronischen Krankheiten, besonders wenn deren körperlichen Symptome als peinlich empfunden werden, sich durch andere möglicherweise stigmatisiert fühlen. Sie können, als Reaktion auf ihre nicht sichtbare Behinderung im Tabubereich, auf Ungewissheit, Ablehnung und Vorurteile durch die Umwelt stoßen. Dies kann zu einer psychischen Belastung und einer verringerten Lebensqualität führen. Mit der Proktokolektomie und Anlage eines ileoanalen Pouches können PatientInnen mit einer therapierefraktären Colitis ulcerosa frei von Schmerzen sein und sehr an Lebensqualität gewinnen.

Abbildungsverzeichnis

Für alle eigenen Darstellungen liegen der Verfasserin dieser Abschlussarbeit die schriftlichen Einverständniserklärungen der Eltern der Betroffenen zur Veröffentlichung vor.

Abb. 1:
Stomamarkierung-Lokalisation in sitzender Position (Bild-Quelle: eigene Darstellung)

Abb. 2:
Stomamarkierung-Lokalisation im Stand (Bild-Quelle: eigene Darstellung

Abb. 3:
zweiter postoperativer Tag nach Anlage einer doppelläufigen Ileostomie (Bild-Quelle: eigene Darstellung)

Abb. 4:
Materialien für den Versorgungswechsel (Bild-Quelle: eigene Darstellung)

Quellenverzeichnis Literatur

Droste, Werner, Gruber, Gabriele (Hrsg., 2010):
Sektorenübergreifender Leitfaden Stomatherapie für Krankenhäuser, die ambulante Homecare-Versorgung und Rehabilitationskliniken 2. Ausgabe. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co.KG; S. 14-15

Droste, Werner, Sachsenmaier, Brigitte, Tork, Anja (2014):
Richtig positioniert
Das präoperative Gespräch und die präoperative Markierung einer Stomaanlage zur Sicherung einer hohen Lebensqualität für Menschen mit Stoma. Göppingen: Spectra - Design & Verlag; S. 51, S. 84 - S. 85

Hofmann, Gabriele, Summa, Scarlett (2017):
Anleitung zur Stomaversorgung. Anleitung im Krankenhaus. In: Gruber, Gabriele (Hrsg., 2017): Ganzheitliche Pflege bei Patienten mit Stoma. Praxis und Beratung - stationär und ambulant. Berlin: Springer; S. 83-84, S. 90

Kost, Doris (2017):
Stomaversorgung bei Kindern. In: Gruber, Gabriele (Hrsg., 2017): Ganzheitliche Pflege bei Patienten mit Stoma. Praxis und Beratung - stationär und ambulant. Berlin: Springer; S. 170-173, S. 180, S. 182

Kroesen, Anton (2020):
Operative Therapie der Colitis ulcerosa und Pouchitis.
In: Hoffmann, Jörg C. et al. (Hrsg., 2020): Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen in Klinik und Praxis. 3. Auflage. Berlin: Springer; S. 306, S. 309-311

Ofner, Markus, Ofner, Tina (2017):
Seelische Belastungen und psychische Erkrankungen. Postoperative Phase.
In: Gruber, Gabriele (Hrsg., 2017): Ganzheitliche Pflege bei Patienten mit Stoma. Praxis und Beratung - stationär und ambulant. Berlin: Springer; S. 229

Stier, Bernhard, Weissenrieder, Nikolaus (2018):
Grundlagen jugendmedizinischer Tätigkeit in der Praxis.
Der chronisch kranke Jugendliche.
In: Stier, Bernhard et al. (Hrsg., 2018): Jugendmedizin. 2. Auflage. Berlin: Springer; S. 54-55

Hollstein, Guido (2022):
Pankolitis.
In: Pschyrembel online.
URL:https://www.pschyrembel.de/pancolitis/A0VVV/doc/[abgerufen am 28.03.2022 um 14:30 Uhr]

ILCO (2007):
Charta der Rechte von Stomaträgern.
URL:https://www.ilco.de/fileadmin/user_upload/Charter_07-deutsch.pdf [abgerufen am 26.04.2022 um 11:30 Uhr]

Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF):
S3-Leitlinie
Kolorektales Karzinom, Langversion 2.1, 2019, AWMF Registrierungsnummer: 021/0070L, http://www.leitlinienprogramm-onkologie/leitlinien/kolorektales-karzinom/ [abgerufen am: 29.03.2022]

Aus Platzgründen können nicht alle Quellen angegeben werden. Weitere Quellennachweise auf Anfrage bei der Autorin.

Nicole Hartleib
ist seit 1999 examinierte Krankenschwester an der Universitätsmedizin Göttingen (UMG), Praxisanleiterin, Pflegeexpertin Stoma, Kontinenz und Wunde nach FgSKW, Wundexpertin nach ICW.
E-Mail: nicolehartleib@yahoo.de

MEDCARE
3. – 4. September 2024
Congress Center Leipzig

MEDCARE – ein Kongress der Gesundheitsforen

INTERDISZIPLINÄRER KONGRESS & INTERSEKTORALER AUSTAUSCH

· Palliativmedizin & Schmerztherapie
· Stoma- & Inkontinenzversorgung
· Ernährungstherapie
· Hygiene
· 9. Leipziger Wundtage/Wundversorgung
· 8. Mitteldeutsche Intensivpflegetage

www.medcare-leipzig.de

Mangelernährung:
Ein weiterhin unterrepräsentiertes Thema in deutschen Krankenhäusern

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Artikel auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Formulierungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

„Studie zur Prävalenz der Mangelernährung in der zentralisierten Versorgung von Darmkrebspatientinnen- und patienten“. Eine Studie des AN-Instituts für Qualitätssicherung in der operativen Medizin der Universität Magdeburg in Zusammenarbeit mit PubliCare GmbH / WissWerk.

In der multizentrischen Studie mit insgesamt 127 Kliniken (darunter 110 Darmkrebszentren) aus Deutschland, Österreich und der Schweiz wurden von 2019-2021 die Prävalenz der Mangelernährung von insgesamt 3102 Patienten ermittelt. Sowohl im vorstationären als auch im stationären Zeitraum können Anzeichen einer Mangelernährung Auswirkungen auf die Genesung, der Verweildauer im stationären Aufenthalt und folglich der zusätzlichen Kosten haben. Das Ziel der Studie ist die rechtzeitige Erfassung einer Mangelernährung, die als entscheidender Faktor für mögliche Auswirkungen im Bereich der Verweildauer, der Zusatzkosten und der Genesung der Patienten zu identifizieren gilt. In Zeiten, in denen Anreize für Kostenersparnisse in Kliniken gefunden werden müssen, gerät die Relevanz eines Ernährungsmanagements stärker in den Fokus - Ein Beitrag.

Abb. 1: Die Verteilung der teilnehmenden Kliniken

Im Jahr 2018 erkrankten ca. 60.000 Menschen an einem Kolon- bzw. Mastdarmkarzinom (1). Neben der medizinischen Behandlung spielt die Relevanz ernährungstherapeutischer Behandlungen für diese Patientengruppe eine immer größer werdende Rolle. „Etwa jeder vierte Klinikpatient ist hierzulande mangelernährt“ (2), fand ein Team von Journalisten des ZDFheute-Journals in einer Recherche heraus. Mit welchen Auswirkungen muss das deutsche Gesundheitssystem durch mangelernährte Patienten rechnen? Ein näherer Blick auf mangelernährte Patienten mit einem diagnostizierten Darmkrebs bringt Licht ins Dunkle. Schon zahlreiche Studien haben einen stärkeren Fokus auf Mangelernährung und deren Auswirkungen auf das Gesundheitssystem gesetzt. Pirlich et al. beschrieb in seiner Studie aus 2006 mit insgesamt 1886 Patienten, dass 27,4% der untersuchten Patienten nach dem SGA-

Bildquellen: Wisswerk

Fragebogen (Subjective Global Assessment) mangelernährt waren (3).
Wie hat sich also das Bild bis in die heutige Zeit gewandelt?
Insbesondere für Darmkrebszentren hat die Erfassung des Ernährungszustandes von Patienten eine große Bedeutung. Aus dem Erhebungsbogen der Deutschen Krebsgesellschaft heißt es: „Das metabolische Risiko ("Nutritional Risk") sollte spätestens bei der stationären Aufnahme bei möglichst allen Tumorpatienten mittels Nutritional Risk Screening (NRS) z.B. nach Kondrup 2003 erfasst werden (Maßnahmen analog S3-LL ergreifen)" (4). Die prozessgeleitete Ernährungsberatung dient Darmkrebszentren als Zertifizierungskriterium und muss dementsprechend nachgewiesen werden.
In der multizentrischen Studie des An-Instituts und der PubliCare GmbH / Wisswerk haben die teilnehmenden Kliniken/Darmkrebszentren im präoperativen Bereich den Ernährungszustand der Patienten durch zwei validierte Screening-Methoden (SGA-Fragebogen und NRS-Fragebogen) ermittelt. Durch die Screening-Methoden können mögliche Mangelernährungsrisiken erfasst werden.
Der NRS-Fragebogen ist ein Screeninginstrument zur Erfassung eines Mangelernährungsrisikos, was anhand verschieden dokumentierter Indikationen zu einem Gesamtscore (NRS-Score) zusammengefasst wird. Während bei einem NRS-Score < 3 ein wöchentlich wiederholtes Screening und vor großen Eingriffen ein präventiver Ernährungsplan empfohlen wird, liegt bei einem NRS-Score > 3 ein Ernährungsrisiko vor, welches der Erstellung eines Ernährungsplanes bedarf.
Der SGA-Fragebogen ist ein Assessmentinstrument, welches ebenso anhand leitliniengerechter Erfassung den Ernährungszustand von Patienten beschreibt und in drei Klassifikationen unterteilt ist. Unter dem Score „SGA A" versteht man einen guten Ernährungszustand der Patienten ohne Anzeichen einer Mangelernährung. „SGA B" weist eine mäßige Mangelernährung auf, während „SGA C" eine schwere Mangelernährung definiert. Der SGA-Fragebogen basiert auf die subjektive Einschätzung des Untersuchers und identifiziert entsprechende Mangelernährungsanzeichen (5).
Beide Fragebögen dienen einer Einschätzung des Ernährungszustandes von Patienten, die den behandelnden Ärzten / dem Ernährungsmanagement die Möglichkeit gibt, ernährungstherapeutische Interventionen durchzuführen.

Präoperative Ergebnisse der Screening-Methoden

In der Auswertung zeigt sich, dass in beiden Screening-Methoden Zeichen einer Mangelernährung vorhanden sind. Während der SGA-Score ein Ergebnis von 23% (695 Patienten) aufweist, zeigt der NRS-Score bei 38% (1122 Patienten) aller Patienten ein Mangelernährungsrisiko an. Insgesamt 18% (539 Patienten) der Patienten haben sowohl nach dem SGA-Score als auch nach dem NRS-Score Mangelernährungsanzeichen aufgewiesen. Zusammenfassend zeigt die Auswertung, dass etwa jeder dritte bis vierte Patient mit einem kolorektalen Karzinom ein erhöhtes Risiko für eine Mangelernährung aufweist.

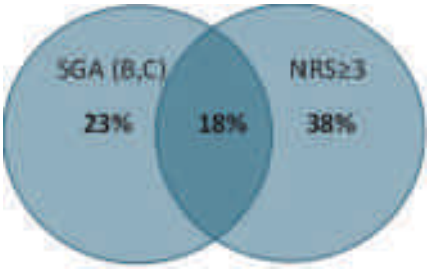


Abb. 2: Ergebnisse beider Screening-methoden

Verweildauer:

In der Krankenhausverweildauer lässt sich erkennen, dass diese in Abhängigkeit zum Ernährungszustand der jeweiligen Patienten steht. Es lässt sich ein deutlicher Unterschied zwischen den unterschiedlichen Mangelernährungsstufen analysieren. Patienten mit einem NRS < 3, verweilten im Schnitt 12.6 Tage im stationären Bereich, während Patienten mit einem NRS > 3 (Ernährungsrisiko liegt vor – Erstellung eines Ernährungsplans) auf 15,7 Tage Verweildauer kamen. Vergleicht man ebenso die Verweildauer nach der SGA-Screening-Methode, lässt sich ebenso eine höhere Verweildauer bei mangelernährten Patienten erkennen. Die Patientengruppe mit einem SGA Score A hatten eine Krankenhausverweildauer von 13 Tagen. Patienten mit einer schweren Mangelernährung (SGA Score C) zeigten wiederum eine Krankenhausverweildauer von 19,5 Tagen. Im Bereich des SGA-Scores verlängerte sich demzufolge die Krankenhausverweildauer signifikant bei mangelernährten Patienten um etwa eine Woche. Auch im NRS-Score ist eine Verlängerung des Krankenhausaufenthaltes von etwa 3 Tagen erkennbar.

Komplikationen

Auch ein Zusammenhang zwischen der Verweildauer und der möglichen Komplikationen wurde in der vorliegenden Studie untersucht. Insbesondere Patientengruppen, die nach den ausgewählten Screening-Methoden eine schwere Mangelernährung aufweisen, neigen zu einer höheren Komplikationsrate. Zu den in dieser Studie dokumentierten Komplikationen gehörten unter anderem die Anastomoseninsuffizienz, die Re-Operation und Wundheilungsstörungen. Ein Blick auf die Verweildauer komplikationsreicher Patienten (22,9 Tage Verweildauer) zeigte eine signifikant höhere Krankenhausverweildauer im Vergleich zu komplikationslosen Patientengruppen (11,2 Tage Verweildauer).
In Abbildung 3 ist ein klarer Trend mangelernährter Patienten in Bezug auf mögliche Komplikationen zu erkennen. Vergleicht man die Komplikationen nach dem NRS-Score, lässt sich bei einem NRS-Score > 3 eine signifikant höhere Komplikationsrate zu nicht mangelernährten Patienten erkennen (27% vs. 20%).

Abb. 3: Komplikationsrate in Abhängigkeit des NRS-Scores

Auch im Bereich des SGA-Scores sehen wir die gleichen Ergebnisse. Je mangelernährter die Patienten nach der SGA-Screening-Methode waren, desto höher die Rate der Komplikationen (21% vs. 29% vs. 36%). Ein verstärkter Blick geht hierbei auf den SGA-Score C, bei dem bei über ein Drittel aller Patienten Komplikationen nachgewiesen wurden.

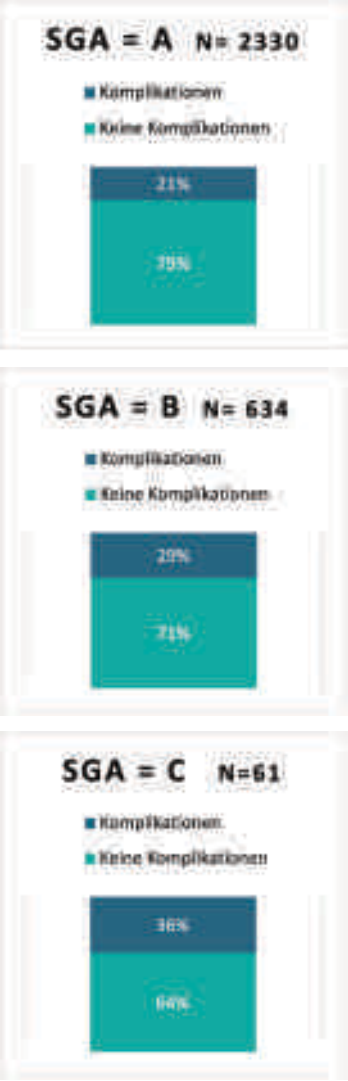


Abb. 4: Komplikationsrate in Abhängigkeit des SGA-Scores

Nachstationäre Versorgung

In der nachstationären Versorgung der ernährungstherapeutischen Betreuung sieht man eine deutliche Versorgungslücke im poststationären Bereich. Wie in Abbildung 5 zu sehen, fand in knapp über 66 % aller Fälle keine ernährungstherapeutische Intervention statt. Während knapp über ein Drittel aller Patienten eine ernährungstherapeutische Versorgung erhalten haben, hat bei 76% (über zwei Drittel) aller Patienten keine poststationäre Überleitung stattgefunden. Weniger als ein Drittel der Patientengruppe hat eine poststationäre Überleitung durch den Haus- und Facharzt oder durch externe Kooperationspartner erfahren.

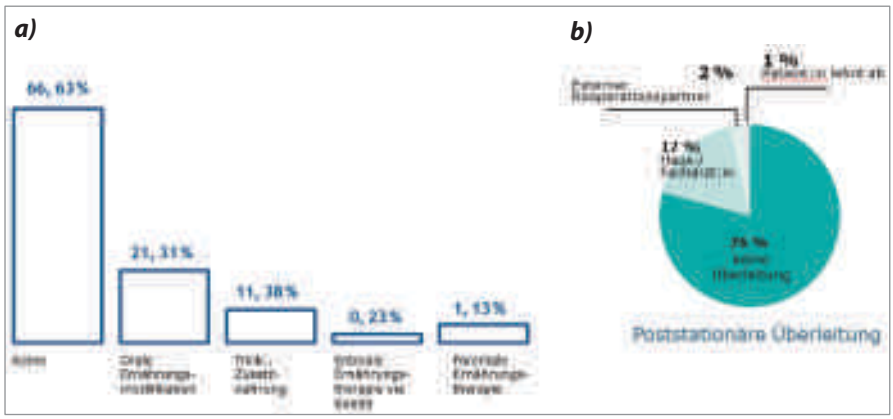


Abb. 5:
a) Poststationäre ernährungstherapeutische Interventionen
b) Poststationäre Überleitung

Auswirkungen auf das Gesundheitssystem

Was anhand der Studie festgestellt werden konnte, ist eine Kettenreaktion unterschiedlicher Gegebenheiten. Patienten, die durch Screening-Methoden ein erhöhtes Risiko einer Mangelernährung aufweisen konnten, haben eine deutlich erhöhte Komplikationsrate in der stationären Versorgung, die demnach zu einer höheren Krankenhausverweildauer führen kann. In dem Kontext stellt sich die Frage, inwiefern die Zustände auch finanzielle Auswirkungen auf das deutsche Gesundheitssystem haben. Dies wird durch unterschiedliche wissenschaftliche Studien belegt. Kwag S.-J. et al beschrieb ebenso in seiner Studie aus 2014, dass die Mangelernährung als großes Risiko für postoperative Komplikationen angesehen wird (6). Das wiederum, verbunden mit der höheren Verweildauer, führt zu Zusatzkosten für das deutsche Gesundheitssystem. Die ökonomischen Auswirkungen einer Mangelernährung sind schon seit langer Zeit ein stetiger Begleiter des Gesundheitssystems. Schon 2007 wurden in der CEPTON-Studie die jährlichen Zusatzkosten durch Mangelernährung auf etwa 9 Milliarden Euro geschätzt (7). Wirft man dazu im Vergleich einen Blick auf das letzte Jahrzehnt, in dem der demografische Wandel, die höheren Gesundheitskosten und weitere Faktoren eine große Rolle spielen, kann davon ausgegangen werden, dass sich die aktuellen jährlichen Zusatzkosten aufgrund einer Mangelernährung im zweistelligen Milliardenbereich befinden könnten.

Ein Ausblick

Das deutsche Gesundheitssystem steht aktuell vor einer drastischen Umstrukturierung. Die Krankenhausreform 2023 durch den Gesundheitsminister Dr. Karl Lauterbach sieht neben der Reformierung des Fallpauschalensystems DRG (Diagnosis Related Group) vor, die Anzahl der bundesweiten Kliniken zu reduzieren, um dafür mehr Qualität anzubieten. Mehr ambulante Behandlungen, dafür die Reduzierung stationärer Einweisungen. Der Plan, die Ambulantisierung zu stärken, ist auch eine Chance für die Kliniken, die Sinne zu schärfen und ihre klinikinternen Prozesse zu optimieren. Die Krankenhausreform setzt auch verstärkt einen Fokus darauf, die Kosten zu senken und damit das Gesundheitssystem zu entlasten. Sowohl Krankenhäuser als auch Praxen werden früher oder später mit der Tatsache konfrontiert, Kosteneinsparungen in Gang zu setzen und dabei die Qualität aufrecht zu erhalten. Unter der Optimierung der klinikinternen Prozesse und der Reduzierung der Kosten versteht man auch, die Risiken einer Mangelernährung durch eine frühzeitige Erkennung und einer angemessenen Behandlung im Rahmen von etablierten Behandlungsalgorithmen zu senken, um ein besseres Outcome klinischer Ergebnisse und geringerer Kosten zu erzielen (8).

Dies bedeutet am Beispiel der vorliegenden Studie, die Patienten sowohl präoperativ als auch postoperativ zu begleiten, um die bestmögliche Vorbereitung für den nächsten ambulanten Besuch oder der stationären Einweisung im Krankenhaus zu gewährleisten. Weitere Bausteine zur erfolgreichen Umsetzung optimierungsbedürftiger klinikinterner Prozesse können Fortbildungen und Schulungen, sowohl für das ärztliche als auch für das pflegerische Personal, sein. Durch wissenschaftliche Fortschritte ist es für das medizinische Personal unabdingbar, neues Wissen im Bereich des Ernährungsmanagements zu gewinnen und dieses Wissen in der täglichen Arbeitsroutine anzuwenden. Unterstützt durch die Expertise von Homecare-Unternehmen können es Kliniken und Praxen schaffen, ihre Prozesse zu verschlanken, dem Patienten auch im häuslichen Umfeld eine geeignete Versorgung zu gewährleisten und somit den Eckpunkten der Krankenhausreform in Form von hoher Qualität, jedoch geringerer Kosten, gerecht zu werden.

Ein Blick auf den Pflegeexperten Stoma, Kontinenz und Wunde

Wenn es um die Ernährungsberatung und entsprechende Ernährungstherapien eines Patienten geht, ist der interprofessionelle Informationsaustausch zwischen den einzelnen Berufsgruppen unumgänglich. Eine zentrale Rolle spielt hierbei die Rolle des Pflegeexperten, der die Schnittstelle zwischen der ärztlichen Leitung, der Ernährungsberatung der zu behandelnden Patienten und dem Außendienst der Homecare-Unternehmen ist. Die Pflegefachkraft hat durch die Weiterbildungen zum Pflegeexperten Stoma, Kontinenz und Wunde nach FgSKW fundiertes Wissen um die ernährungstherapeutische Beeinflussung. Durch weitere Fortbildungen schafft er es, den neuesten wissenschaftlichen Stand in seine tägliche Arbeitsroutine zu implementieren. In Zusammenarbeit mit Homecare-Unternehmen werden Pflegeexperten dazu sensibilisiert, Risiken einer Mangelernährung frühzeitig zu erkennen und ernährungstherapeutisch zu intervenieren. Eine frühzeitige Erkennung kann im präoperativen Bereich neben der ernährungstherapeutischen Intervention auch bedeuten, mögliche Komplikationen und einer hohen Krankenhausverweildauer vorzubeugen sowie in Zusammenarbeit mit der ärztlichen Leitung die weiteren Schritte zu besprechen. Im postoperativen Bereich steht die weitere enge Zusammenarbeit mit dem Außendienst des Homecare-Unternehmens im Blick. Ist eine stationäre Entlassung des Patienten in Aussicht, soll der Patient auch in der Häuslichkeit adäquat versorgt werden. Hierbei ist die enge Kommunikation zwischen klinischen Pflegeexperten und Außendienst unerlässlich, um das weitere Procedere und vor allem die weitere Ernährungstherapie festzulegen. Auch in Hinblick darauf, dass bei einer potenziellen Wiedereinweisung des Patienten eine komplette Dokumentation und somit die Datenerfassung durch den Außendienst gewährleistet wird, unterstützt es den Pflege-experten dabei, sich nach Absprache mit der ärztlichen Leitung gezielter auf die Wiedereinweisung vorzubereiten. Wie unschwer zu erkennen ist, hat der Pflegeexperte unterschiedliche Tätigkeiten zu bewältigen. Er ist die zentrale Anlaufstelle zwischen verschiedenen Stakeholdern, hat allerdings die zentrale Verantwortung dafür, Patienten ernährungstherapeutisch zu beraten, zu betreuen und die weiterführende Versorgung zu organisieren. Der Pflegeexperte besitzt ein fundiertes Wissen der Gesundheitsversorgung, der Ernährungsberatung, pflegewissenschaftlicher Grundlagen, der Projektarbeit und weiteren relevanten Eckpunkten des Ernährungsmanagements.

Fazit

Zusammenfassend lässt sich erkennen, dass etwa jeder dritte bis vierte Patient mit einem kolorektalen Karzinom im Darmkrebszentrum Anzeichen einer Mangelernährung aufweist oder zumindest ein erhöhtes Risiko dazu besitzt. Dies wiederum führt zu einer höheren Komplikationsrate und damit zu einer höheren stationären Verweildauer, was Zusatzkosten nach sich bringt. Eine fehlende poststationäre Versorgung der Patienten verstärkt den Effekt insofern, dass sich die Kliniken Gedanken machen müssen, effiziente Wege zu finden dem Patienten eine hohe qualitative Versorgung zu gewährleisten und dabei die Kosten zu senken. Eine Lösung für die Kliniken könnte sein, die geplante Krankenhausreform dazu zu nutzen, klinikinterne Prozesse neu aufzustellen und die Patienten sowohl in der präoperativen als auch in der postoperativen Versorgung zu begleiten. Unterstützt durch Pflegexperten Stoma, Kontinenz und Wunde, die ein zentraler Ansprechpartner als auch sektorenübergreifende Schnittstelle sowohl für die Klinikmitarbeiter als auch dem Außendienst der Homecare-Unternehmen sind, erhält der Patient eine reibungslose Rundumversorgung. Gelingt es Kliniken, ihre internen Prozesse zu optimieren, können durch ernährungstherapeutische Maßnahmen sowohl die Komplikationsrate als auch die stationäre Verweildauer und folglich die Zusatzkosten reduziert werden. Dies führt nicht nur zu einer intersektoralen Entlastung der betroffenen Parteien, sondern auch zu einer deutlichen Entlastung der betroffenen Patienten und deren Angehörige.

Über WissWerk/PubliCare

Das WissWerk bietet mit einer breiten Expertise im Homecare-Bereich monozentrische und multizentrische Studien an, deren Ergebnisse einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung leisten. Darüber hinaus bietet das WissWerk Mehrwertkonzepte für die Optimierung interner Versorgungsprozesse in Kliniken und medizinischen Einrichtungen an und unterstützt Zertifizierungsprozesse.
Die Entwicklung und Durchführung von zertifizierten und zukunftsweisenden Fortbildungsangeboten für pflegerisches und ärztliches Personal runden das Portfolio ab.
Als Unternehmensbereich des Homecare-Unternehmens PubliCare GmbH bildet das WissWerk einen wichtigen Teil des medizinischen Netzwerkgedankens im Homecare-Sektor. PubliCare arbeitet eng mit Ärztinnen und Ärzten, Krankenkassen, Pflegepersonal und ambulanten Einrichtungen zusammen und gestaltet den Homecare-Markt in Deutschland seit fast 20 Jahren federführend mit. In den Therapiebereichen Stoma, Kontinenz, Wund-versorgung, Enterale- und Parenterale Ernährungstherapie sowie

der ambulanten parenteralen Antibiotikatherapie (APAT) versorgen die knapp 1.000 Mitarbeiter der PubliCare mit höchster Fachkompetenz und individueller Betreuung Betroffene mit Hilfsmitteln. Es ist das Ziel, das Versorgungsnetzwerk nachhaltig zu stärken, Wiedereinweisungen zu vermeiden und die Umsetzung des ärztlichen Therapiekonzeptes im ambulanten Bereich zu gewährleisten.
Dabei stehen Patientinnen und Patienten in allen Überlegungen im Mittelpunkt – denn jeder Mensch hat ein möglichst selbstbestimmtes Leben verdient, mit oder ohne Hilfsmittel.

Autoren

Ledian Yzbashi
Projektmanagement
PubliCare GmbH / WissWerk
info@wisswerk.de

Joanna Timmermann
Pflegeexpertin SKW
Fachliche Leitung Stoma
PubliCare GmbH / WissWerk
info@wisswerk.de

[1] Deutsche Krebsgesellschaft: Kennzahlenauswertung 2022, Jahresbericht der zertifizierten Darmkrebszentren, https://www.onkozert.de/wordpress/wp-content/uploads/2022/06/ qualitaetsindikatoren_darmkrebs_2022-A1_220530.pdf?v=25991743 (Stand 30.05.2022). Seitenaufruf: 21.08.2023.

[2] Panorama (2023): Mangelernährte Patienten. Wenn das Krankenhaus-Essen krank macht. Zdfheute am 18.04.2023. https://www.zdf.de/nachrichten/panorama/krankenhaus-essen-mangelernaehrung-100.html, Seitenaufruf: 07.07.2023.

[3] Pirlich M. et al.: The German hospital malnutrition study. Clin Nutr 2006; 25(4): 563-572.

[4] Aktueller Erhebungsbogen für Darmkrebszentren: www.onkozert.de, Vers. M1;

[5] Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin E.V.: Instrumente zur Erfassung des Ernährungszustands, https://www.dgem.de/instrumente-zur-erfassung-desern%C3%A4hrungszustands (Stand 2020) Seitenaufruf: 24.08.2023.

[6] Kwag S.-J. et al.: The nutritional risk is a independent factor for postoperative morbidity in surgery for colorectal cancer. Ann Surg Treat Res 2014; 86(4): 206-211.

[7] Mangelernährung in Deutschland-Eine Studie zu den ökonomischen Auswirkungen krankheitsbedingter Mangelernährung und beispielhafte Darstellung des Nutzenbeitrags enteraler Ernährungskonzepte CEPTON GmbH (2007).

[8] Löser C.: Malnutrition in Hospital: The Clinical and Economic Implications. Dtsch Arztebl Int 2010; 107 (51).

Kontinentes Ileostoma

Historische Perspektive

Die Geschichte der Entwicklung des kontinenten Ileostomas ist unzertrennlich mit der Entwicklung der Colitis ulcerosa Behandlung verbunden. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts war die Colitis ulcerosa bereits relativ gut beschrieben, es existierten jedoch praktisch keine wirksamen Behandlungsmethoden, so dass die Sterblichkeit bei schweren Verläufen hoch war. Vor dem zweiten Weltkrieg wurde bei einigen Patienten bereits ein Ileostoma angelegt, was an sich „ein Schritt in die richtige Richtung" war, allerdings waren die Ergebnisse dieser Maßnahme meistens aus zwei Gründen sehr frustrierend: zum einen wegen Komplikationen des Ileostomas selbst und zum anderen wegen der schlechten Versorgung. Das Ileostoma wurde bis Mitte 50er Jahre noch ganz anders angelegt als heute. Das terminale Ileum wurde über eine Strecke von ca. 15cm einfach durch eine Öffnung in der Bauchdecke – im rechten Unterbauch oder direkt durch die mediane Laparotomie – ausgeleitet, so dass das Stoma wie ein abgeschnittener Schlauch aus der Bauchdecke raushing. Der Grund diese Technik anzuwenden, lag darin, dass man ein kürzeres Stoma unmöglich abdichten konnte. Wie im Falle des Kolostomas, das bereits Ende des 19. Jahrhunderts relativ häufig angelegt wurde, benutzte man zum Auffangen des Stuhlganges Behälter, die mit einem Gürtel an die Bauchdecke gepresst wurden. Damit konnte der Dickdarmstuhl einigermaßen gut aufgefangen werden (abgesehen vom Geruch!), nicht jedoch der Dünndarminhalt. Das „Heraushängen" eines 15cm langen Dünndarmabschnittes ließ den Letzteren ähnlich einem Wasserschlauch einfach in den Behälter/Beutel reinfallen, so dass das Abdichten einfacher wurde. Allerdings führte diese Technik dazu, dass sich die im eigenen Stuhlgang „badende" Dünndarmschlinge stark entzündete und oft dadurch stenosierte (einengte). Dies war mit Bildung eines schweren, andauernden Ileus verbunden, der oft tödlich verlief. Dieses Syndrom wurde „Ileostoma Dysfunktion" genannt.
Der zweite Grund, warum die Ileostomaanlage in den 30-50er Jahren nicht zu einer deutlichen Besserung der Colitis ulcerosa Behandlung führte, war die Stomaversorgung selbst.
Wie oben erwähnt, war das Abdichten des Dünndarm-Stomas weitgehend unerreichbares Ziel, so dass die Popularität dieser Maßnahme sehr niedrig war – bei Patienten und bei Ärzten. Ein Spruch wurde oft getätigt: „Lieber tot als Ileostoma" und dies war leider oft keine Übertreibung.

Zwischen 1945 und 1957 änderte sich jedoch die Therapie der Colitis ulcerosa sehr radikal. Der wichtigste Schritt war zweifellos die Einführung der Kolektomie und Ileostomaanlage im Gegensatz zur Ileostomaanlage allein. Die Entfernung des beinahe gesamten Dickdarms führte zu einer fast schlagartigen Genesung von der Colitis, was die Stomaanlage allein nicht vermochte. Die Kolektomie war so effektiv, dass sie ab 1948 in schweren Fällen weitgehend zum Standard wurde. Die o.g. Probleme mit der Ileostomie blieben jedoch. Man benötigte zwei weitere, im wahrsten Sinne des Wortes revolutionäre Entwicklungen, welche das Überleben der Colitis ulcerosa Patienten auf ein Niveau brachte, das sich nicht mehr so stark von dem heutigen unterschied. 1952 beschrieb der britische Chirurg Bryan N. Brooke eine neue chirurgische Technik der Ileostomaanlage, die bis heute gilt. Damit war das Problem der „Ileostoma Dysfunktion" praktisch auf einen Schlag gelöst. Parallel dazu entwickelte sich auch die Stomaversorgung an sich.

In den 30-40er Jahre hatten der von der Colitis ulcerosa betroffener Chemiestudent Henry König und sein Chirurg Alfred Strauss in den USA an Klebestoffen gearbeitet, mit deren Hilfe die Stomaplatte an der Haut befestigt werden konnte. Die kommerzielle Herstellung wurde von Hermann Rützen (alle drei waren deutsche Auswanderer) übernommen, so dass der „Strauss-Koenig-Rutzen bag" bzw. „Koenig-Rutzen bag" für eine längere Zeit das non plus ultra der Stomaversorgung blieb und teilweise noch bis in die 80er Jahre verwendet wurde.
Anfang der 50er Jahre entwickelte die dänische Krankenschwester Elise Sörensen den ersten Stomabeutel mit Basisplatte aus Karayagummi mit selbstklebenden Zinkoxidflächen.
Es gelang ihr, den Kunststofffabrikanten Aage Louis-Hansen zu überzeugen, die neue Stomaversorgung serienmäßig zu produzieren, womit der Weg zur modernen Stomaversorgung eröffnet wurde. Louis-Hansen gründete die Firma „Coloplast".

Nichtsdestotrotz blieb bis in die 70er Jahre die Ileostomaversorgung bei weitem nicht so gut wie dies heute der Fall ist. Seit den 60er Jahren wird daher an der Schaffung eines kontinenten Ileostomas gearbeitet, sprich an einem Ileostoma, das sich nicht spontan entleert und nicht mit einem Beutel versorgt werden muss.

Nils G. Kock

Der in Finnland geborene N.G. Kock (1924 – 2011) forschte und arbeitete seit den 50er Jahren in Sahlgrenska Universitätsklinik in Göteborg, die bis heute eine der wenigen Hochburgen der kontinenten Ileostomachirurgie bleibt. In den 60er Jahren experimentierte Kock an der Entwicklung einer aus dem Ileum gebildeten Neo-Blase bei Hunden. Das Ziel war die Schaffung eines Reservoirs für den Urin, das sich nicht spontan entleeren konnte. Kock entdeckte, dass ein Dünndarmreservoir einen niedrigen Druck aufwies, sich nach der Anlage erweiterte und bis zu 500-600ml Urin aufnehmen konnte. Das Reservoir (der Pouch) wurde an einem Zipfel eröffnet und in die Bauchdecke eingenäht. Kock rechnete damit, dass die Bauchdeckenmuskulatur einen größeren Druck aufbauen wird als das Reservoir, so dass das Letztere sich nicht entleeren wird. 1969 beschrieb Kock die kontinente Ileostomie auch für Patienten nach Dickdarmentfernung. Seine Technik wurde nun mit seinem Namen als Kock Pouch genannt.

Abb. 1
Konstruktion eines Ileostomaresevoirs mit einem Nippel-Ventil, das durch die Invagination des abführenden Schenkels gebildet wird. Aus der Kocks Originalpublikation (Kock NG. Continent ileostomy. Prog Surg. 1973;12:180-201.) Im Schritt „D" ist das Einstülpen (Invagination) der Dünndarmschlinge abgebildet. Diese Invagination macht eine spontane Entleerung des Pouches unmöglich.

Im Laufe der nächsten Jahre zeigte sich zunehmend, dass der Kock Pouch in dieser Ausführung relativ schnell inkontinent wurde und trotzdem eine Versorgung mit Beutel benötigte. Bereits 1972 veröffentlichte Kock eine weiterführende Entwicklung seiner Technik: er versah den Pouch mit einer Art Ventil, das er „nipple valve" nannte (Abb. 1). Die von dem Pouch zur Bauchdecke führende Schlinge wurde eingestülpt (Invagination), was ihre spontane Entleerung unmöglich machte. Eine Katheterisierung war erforderlich, um das Nippel-Ventil zu überwinden.

Mit der Entwicklung des „nipple-valve" wurde die heute gültige Technik des kontinenten Ileostomas gegründet,

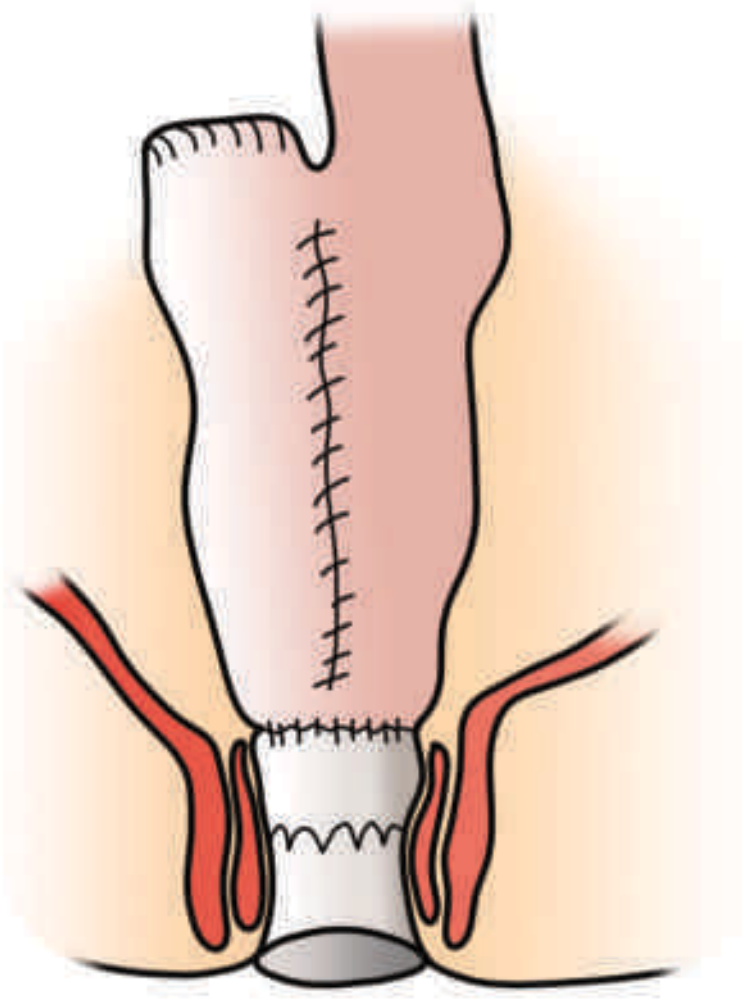


Abb. 2
Ileoanaler J-Pouch. Aus dem Dünndarm wird ein Reservoir gebildet, das nach Entfernen des Dickdarms direkt auf den Schließmuskel genäht wird. Der Letztere sichert die natürliche Kontinenz und macht ein kontinentes Ileostoma überflüssig.

zugleich war auch das bis heute ungelöste Problem entstanden – die häufigen Komplikationen an dem Ventilmechanismus.

Wenige Jahre nachdem Kock seine Technik beschrieben hatte, wurde 1977 ein weiterer wichtiger Schritt in der Behandlung der Colitis ulcerosa etabliert – der ileoanaler J-Pouch (Abb. 2). Die Entwicklung des J-Pouches marginalisierte die Bedeutung des kontinenten Ileostomas, konnten doch viele Patienten nach der Entfernung des Dickdarms (Proktokolektomie) und Anlage des J-Pouches ihre natürliche Kontinenz beibehalten. Wenn die Anlage des J-Pouches scheiterte oder nicht möglich war, konnte in den letzten 30-40 Jahren nun auch das Ileostoma so gut versorgt werden, dass sich das Interesse am kontinenten Ileostoma weltweit stark sank. Dementsprechend wenden heute nur wenige Chirurgen diese Technik an und viele lehnen sie gar kategorisch ab.

Indikation

Das kontinente Ileostoma kann grundsätzlich bei allen Patienten angelegt werden, die lebenslang ein endständiges Ileostoma tragen müssen.
Die Hauptindikation bleibt die Colitis ulcerosa, wenn die J-Pouch Anlage aus irgendwelchen Gründen unmöglich oder gescheitert ist. Der häufigste Grund sind die postoperativen Komplikationen an dem Pouch, die seine Funktion nachhaltig so stark beschädigen, dass die Lebensqualität inakzeptabel wird. Weitere Gründe sind Inkontinenz und Analfistel bei Patienten mit J-Pouch, die ebenfalls seine Funktion nachhaltig stören.

Das kontinente Ileostoma kann auch bei Patienten mit der Familiären Adenomatöser Polypose (FAP) angelegt werden. Bei dieser Erkrankung entstehen im Dickdarm bereits in jungen Jahren tausende Polypen, die unweigerlich zum Krebs führen. Die einzige Therapie ist die Proktokolektomie. Auch hier wird anschließend ein J-Pouch gebildet. Scheitert dieser (aus gleichen Gründen wir bei Colitis ulcerosa), kann alternativ zum lebenslangen Ileostoma eben ein kontinentes Ileostoma angelegt werden.
Auch bei M. Crohn Patienten ist das kontinente Ileostoma ein Thema, falls der gesamte Dickdarm entfernt wird und der Schließmuskel zerstört ist. Die Voraussetzung ist jedoch ein gesunder Dünndarm, was nicht bei allen M. Crohn Patienten der Fall ist.

Technik

Mittlerweile gibt es drei Techniken, die für das kontinente Ileostoma angewendet werden: die Technik, die Kock selbst beschrieb (der Kock Pouch), der S-Pouch und der Barnett Pouch. Das zentrale Element – das „nipple valve" - ist bei allen drei Operationen gleich. Ich werde hier die Technik die Kockpouches erklären und dann die Besonderheiten der beiden anderen Methoden erklären.

Für den Kock-Pouch werden ca. 45cm des Dünndarms verwendet (Abb. 3). Zunächst werden zwei Schenkel von jeweils 15 cm aneinandergelegt, eröffnet und die Hinterwand vernäht. Die von dem Pouch abführende 15cm lange Schlinge wird nun eingestülpt, in den Pouch gezogen und fixiert, damit sie sich nicht spontan löst. Anschließend wird der Pouch verschlossen und die abführende Schlinge (das Outlet) als Stoma in die Haut eingenäht. Im Gegensatz zum „normalen" Ileostoma, wird das kontinente Ileostoma auf Hautniveau eingenäht. Am Ende der Operation wird in den Pouch ein Katheter für insgesamt 4 Wochen gelegt, der die Entleerung des Pouches gewährleistet. 2 Wochen nach der Operation wird er abgeklemmt und alle 6 Stunden entleert. Nach 2 weiteren Wochen wird er entfernt und der Pouch nun 4 mal täglich katheterisiert.
Bei dem S-Pouch werden drei jeweils 15cm lange Schlingen verwendet, um das Pouchvolumen zu vergrößern, beim Barnett Pouch wird eine zusätzliche Schlinge um das Outlet gewickelt, damit das „nipple valve" noch stabiler wird.

Nach der Operation

Das Hauptproblem und der große Nachteil gegenüber dem J-Pouch und gegenüber dem normalen Ileostoma ist die Anfälligkeit für Komplikationen, die zu weiteren Operationen führen können.
Unmittelbar nach der Operation können verschieden Komplikationen auftreten. Zum einen kann es zu Undichtigkeiten der Pouchnähte kommen (Perforation, Insuffizienz). Diese Komplikation ist mit 2-3% selten, jedoch schwerwiegend. Postoperativ kann es zu Verstopfungen des Katheters kommen, was vor allem durch Spülungen beseitigt wird.

Langfristig die häufigste Komplikation ist das Herausgleiten des Ventils („valve slippage"). Praktisch bedeutet es, dass sich die Einstülpung (die Invagination) teils löst und der Pouch nicht mehr völlig kontinent ist. Aus dem Pouch entleert sich also wieder Stuhlgang. Das macht eine Beutelversorgung erforderlich. Zugleich muss weiterhin katheterisiert werden, weil ja der Ventilmechanismus immer noch teilweise wirkt. Dieser Zustand macht eine Revision des „nipple valve" notwendig.
Das Ventil kann sowohl nach wenigen Wochen als auch nach vielen Jahren herausgleiten. Manche Patienten benötigen mehrere Revisionen des „nipple valve". Sollte der Outlet (die abführende Schlinge) für weitere Revisionen unbrauchbar werden, kann der Pouch bei der Revision umgedreht und der zuführende Schenkel (Inlet) zum Outlet gemacht werden. Technisch kann also sehr oft revidiert werden. Sollte der Patient weitere Revisionen ablehnen oder der Chirurg sie für nicht mehr sinnvoll halten, muss der Pouch entfernt und ein „normales" Ileostoma angelegt werden. Dabei gehen ca. 50 cm des Dünndarms verloren.
Diese Tatsache muss vom Chirurgen berücksichtigt werden. Bei Patienten, die bereits im Vorfeld einen signifikant verkürzten Dünndarm aufweisen, sollte die Indikation streng gestellt werden. Insgesamt ist damit zu rechnen, dass 50-80% der Patienten revidiert werden.

Eine weitere Komplikation ist die Pouchitis – also die Pouchentzündung. Sie kann genauso behandelt werden, wie die Pouchitis nach J-Pouch – mit Antibiotika und mit biologischer Therapie. Auch nach kontinentem Ileostoma kann die Pouchitis zum Pouchausbau führen.

Kontraindikationen

Wohl die wichtigste Voraussetzung für die Pouchanlage ist eine sehr hohe Motivation und Verständnis der Prozedur. Die Patienten müssen verstehen, dass die Methode komplikationsträchtig ist,

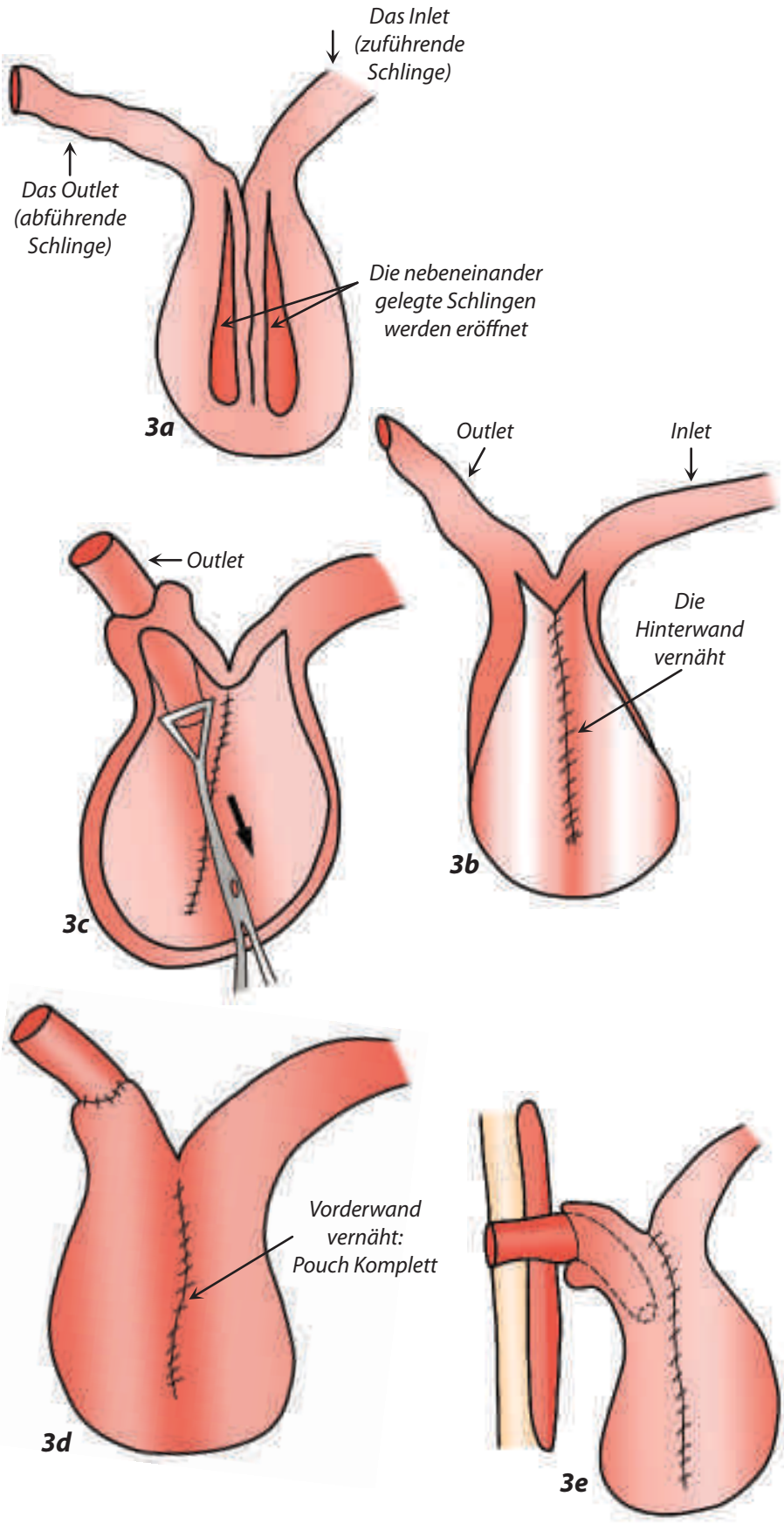


Abb. 3a-e
Technik des Kock-Pouches.
a) zwei 15cm lange Dünndarmschlingen werden aneinander gelegt und eröffnet.
b) die Hinterwand des künftigen Pouches wird vernäht.
c) die abführende Schlinge wird in den Pouch eingestülpt.
Damit entsteht das „nipple valve", das mit einem Klammernahtinstrumenten fixiert und der Pouch verschlossen wird (d). Anschließend wird die abführende Schlinge in die Haut eingenäht (e).

dass das Risiko weiterer Operationen hoch ist. Sie müssen hohe Bereitschaft haben, diese Revisionseingriffe über sich ergehen zu lassen. Auch müssen sie die Pouchpflege verstehen und befolgen. Entsteht bei dem Arzt der Eindruck, dass diese Voraussetzungen nicht vorliegen, sollte die Sinnhaftigkeit der kontinenten Ileostomie in Frage gestellt werden.

Übergewicht führt wesentlich häufiger zum Herausgleiten des Ventils („valve slippage"), deswegen wird von vielen ein BMI von über 30 kg/m2 als Kontraindikation gesehen.

Kontinentes Ileostoma – ja oder nein?

Theoretisch scheint das kontinente Ileostoma klare Vorteile gegenüber dem „normalen" Ileostoma zu haben – die Patienten benötigen keine Beutelversorgung, sie haben komplette Kontrolle über die Entleerung, es besteht kein Risiko der Undichtigkeit der Versorgung.
Studien sprechen von einer besseren Lebensqualität, besserer sexuellen Funktion, mehr Freiheiten bei körperlichen Betätigungen, weniger Probleme der Haut, weniger Geruchbelastung.
Patienten mit einem gut funktionierendem (!) kontinenten Ileostoma sind sehr zufrieden und möchten auch im Falle von Komplikationen den Pouch nicht aufgeben.

Auf der anderen Seite stehen die o.g. Komplikationen, die zu einer schweren Prüfung für den Patienten und den Chirurgen werden können.
Viele Patienten sind mit dem „normalen" Ileostoma so zufrieden, dass sie sich weitere (ggf. risikoreiche) Operationen einfach nicht wünschen.
Die Entscheidung pro oder contra kontinentes Ileostoma muss also zwischen dem Chirurgen und dem Patienten nach Abwägen der Risiken ausdiskutiert werden.

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

Bilder: Prof. Dr. Igors Iesalnieks

Brava®

Brava® – zuverlässige und hochwertige Pflegeprodukte für Ihr Stoma.

Brava® unterstützt, Ihre stomaumgebende Haut zu pflegen und sich ganz sicher und unbeschwert zu fühlen. Jetzt kostenfreie Muster bestellen: www.brava.coloplast.de

Kevin | Brava Anwender

„Die Produkte, die ich verwende, machen wirklich einen Unterschied, weil ich durch sie mehr Sicherheit bekomme."

0800 780 9000
www.brava.coloplast.de

Coloplast and the Coloplast logo are trademarks of Coloplast A/S.
© 2023-08 Coloplast A/S.
All rights reserved. PM-27942

Coloplast

Dekubitus versus IAD

In meinem beruflichen Alltag mache ich immer wieder die Erfahrung, dass der Unterschied der beiden Pflegeprobleme Dekubitus und der Inkontinenz-assoziierten Dermatitis (IAD) vielen Pflegekräften nicht verständlich genug ist. Es kommt immer wieder zu Verwechslungen oder der Begriff IAD wurde noch nie gehört.

Ich habe mich mit dem Thema Dekubitus versus IAD beschäftigt, um Pflegekräfte deutlich mehr zu sensibilisieren, dass es sich nicht bei jedem Dekubitus auch um einen Dekubitus handelt. Es kommt häufig zu Verwechslung im pflegerischen Alltag und genau hier möchte ich mit der vorliegenden Facharbeit, die während meiner Weiterbildung zum Pflegeexperten Stoma, Kontinenz, Wunde an der DAA in Kassel entstanden ist, die beiden Begriffe deutlich mehr klassifizieren und erläutern.

Das Ziel, welches ich damit verfolge, ist, dass jede Pflegefachkraft in Ihrem pflegerischen Alltag, den Unterscheid zwischen einem Dekubitus und einer IAD kennt. Dazu sollten unterschiedliche Prophylaxe Maßnahmen beherrscht werden, die das Auftreten eines Dekubitus oder einer IAD minimieren, oder fallsvorhanden, die Symptome wieder lindern.

Im weiteren Verlauf möchte ich genauer auf die beiden Begriffe Dekubitus und IAD eingehen und die Unterschiede deutlich erläutern.

Definition Dekubitus

Ein Dekubitus ist die Bezeichnung für ein Druckgeschwür oder das Wundliegen eines Hautareales. Durch einen dauerhaften Druck in Kombination mit Scherkräften kommt es zu einer Schädigung der Haut und des darunter liegenden Gewebes. Die Schädigungen können begrenzt von der Haut bis zum Knochen sein. Immobile Patienten sind besonders gefährdet und können schnell einen Dekubitus entwickeln. Nach der internationalen Richtlinie wird ein Dekubitus nach European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP und NPUAP 2009 ergänzt 2014) wie folgt beschrieben: „Ein Dekubitus ist ein Bereich lokalisierter Schädigung der Haut und/ oder des darunter liegenden Gewebes, in der Regel über knöchernen Vorsprüngen, infolge von Druck oder von Druck in Kombination von Scherkräften."

Entstehung Dekubitus

Bei der Entstehung eines Dekubitus stehen die Zeit und der Druck in Kombination von Scherkräften auf das jeweilige Körperareal im Vordergrund. Es kann zu einer Schädigung des Gewebes kommen, wenn eine feste Unterlage (beispielsweise ein Stuhl, eine Matratze oder ein Rollstuhl) für längere Zeit Druck auf das jeweilige Gewebe ausüben. Besonders gefährdet sind Personen, die pflegebedürftig und immobil sind. Es werden Druck und Scherkräfte zwischen dem jeweiligen Körperareal und der Unterlage erzeugt. Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Dekubitus entsteht, steigt mit der Dauer und der Intensität auf das betroffene Hautareal.
Durch die Belastung, die vom eigenen Körpergewicht ausgeht, als auch von der Unterlage und dem dadurch entstehenden Gegendruck, wird das Weichteilgewebe der Haut bis ins tief liegende Gewebe wie Fettgewebe, Bindegewebe und Muskelgewebe komprimiert. Durch den erhöhten Kapillardruck von außen auf die Gefäße, wird die Haut nicht mehr ausreichend mit Sauerstoff und Nährstoffen versorgt. Damit kommt es zur Ischämie und in der Folge entsteht ein Dekubitus. Neben der arteriellen, wird auch die venöse Durchblutung unterbrochen. Folglich dessen wird der Transport von wichtigen Nährstoffen verhindert. Es kommt zu einer Übersäuerung im Gewebe und der Weitstellung von Gefäßen. Folglich dessen kommt es zum Flüssigkeits- und Eiweißaustritt in das Gewebe und es entstehen Ödeme oder Blasen.
Bei zu langem Druck sterben Zellen ab, wodurch es zum Gewebetod kommt, welcher fachsprachlich auch als Nekrose bezeichnet wird. „In welchem Maß das Gewebe durch diese externe mechanische Belastung beeinträchtigt wird, ist abhängig von der Morphologie (Größe und Form der verschiedenen Gewebeschichten), den mechanischen Eigenschaften des betroffenen Gewebes (z. B. Steifheit, Festigkeit, Diffusionseigenschaften) und der Kontaktstelle zur Unterlage." Heutzutage wird davon ausgegangen, dass alle genannten Mechanismen in Wechselwirkung zueinander stehen und diese sich miteinander verstärken. Weiterhin spielt die Erkrankung, die Hautgegebenheit, sowie das Gewebe des Patienten eine wesentliche Rolle. Inwieweit es zu einem Dekubitus kommt und welches Ausmaß dies annimmt ist jedoch unklar.

Risikofaktoren für einen Dekubitus

Wie bereits thematisiert, spielen die Zeit und der Druck eine wesentliche Rolle bei der Entwicklung eines Dekubitus. Festzustellen ist, dass Patienten die Einschränkungen in der Mobilität haben und sich nicht eigenständig bewegen können, ein hohes Dekubitus-Risiko aufweisen. Weiter genannt werden müssen die intrinsischen- und extrinsischen Faktoren, die einen großen Einfluss auf die Entstehung eines Dekubitus haben. Fortlaufend werden einige Faktoren erwähnt.

Intrinsische Faktoren

Bei den Intrinsischen Faktoren handelt es sich um körpereigene Faktoren, welche mit der physischen Verfassung eines Patienten zusammenhängen. „Dazu zählen die reduzierte Mobilität, hohes Lebensalter, Dehydration, Körpergewicht, Inkontinenz, Mangelernährung und Sensibilitätsstörung." Diese Faktoren können dazu führen, dass bei einem Patienten eine erhöhte Gefahr für einen Dekubitus vorliegt.

Extrinsische Faktoren

Die Extrinsischen Faktoren sind die, welche von außen auf den Körper einwirken. Dazu zählen Druck, Scher- und Reibungskräfte. Scherkräfte entstehen beim Lagern, Umdrehen oder Hochziehen eines Patienten im Bett oder im Stuhl. Hierdurch kommt es zur Verschiebung der Hautschichten. Dadurch wird die Durchblutung der Haut behindert. Reibungskräfte entstehen durch Kleidung oder Bettwäsche. Dadurch kann auch ein Druckgeschwür entstehen. Durch die Reibung kann es passieren, dass sich die äußerste Schicht der Haut löst.

Entstehungsorte für einen Dekubitus

Beim Liegen oder Sitzen gibt es einige Körperstellen, die besonders prädestiniert sind. Aus diesem Grund ist zu wissen, dass auch eine kurze Druckeinwirkung mit hohen Druckkräften in Kombination mit Scherkräften einen Dekubitus herbeiführen kann. Grundsätzlich sind alle Körperareale, bei denen ein knöcherner Vorsprung vorhanden ist, stark gefährdet.
Je nach Lage oder Position eines immobilen Patienten, verteilt sich der Druck so, dass daran gedacht werden sollte, dass die Lagerung geändert werden muss. Damit der jeweilige Druck auf die gefährdete Körperregion reduziert wird und die betroffene Person keinen Dekubitus bekommt. Die meistbetroffenen Körperstellen eines Dekubitus sind das Kreuzbein/ Gesäß oder die Ferse.

Symptome Dekubitus

„Die meisten Patienten haben spürbare sowie sichtbare Symptome wie zum Beispiel. Schmerzen an den betroffenen Körperregion, die Haut verfärbt sich rot bis violette, meist ist auch die Haut in dem Bereich deutlich dünner und weicher." Weiterhin kommt es zum Öffnen/Einreißen der Haut und es bilden sich kleine bis große Druckgeschwüre. Das umliegende Gewebe ist oftmals überwärmt in dem betroffenen Bereich. Ein Dekubitus kann sich nach wenigen Stunden oder Tagen mit Auftreten von Druck entwickeln. Durch den Druck entsteht bei dem jeweilige Körperareal eine Durchblutungsstörung, welche eine Rötung des lokalisierten Bereiches zur Folge hat. Eine Hautrötung ist noch kein Dekubitus. Wenn eine Rötung am Patienten gesehen wird, ist die Pflegekraft verpflichtet einen Fingertest durchzuführen. Bei einem Fingertest wird mit zwei Fingern auf die gerötete Hautstelle gedrückt. „Wenn nach dem Loslassen der Finger in dem bestimmten Bereich die betroffene Stelle weiß wird, ist es kein Dekubitus. Ist die Rötung nicht wegdrückbar und bleibt bestehen ist der Fingertest positiv." Somit muss man von einer druckbedingten Schädigung ausgehen.

Klassifikation Dekubitus nach EPUAP& NPUAP

Ein Dekubitus wird in vier Stadien/ Kategorien eingeteilt und ist unterschiedlich stark ausgeprägt. Das EPUAP unterteilt einen Dekubitus in Kategorien. „Vorab war ein Dekubitus nach Schweregrade eingeteilt, dieser ist zur Erfassung des Ausgangsstadiums zuständig und eignet sich nicht zur Evaluation des Heilungsverlaufes." Mit der Einteilung in Kategorien ist eine Herausklassifizierung durch eine Verschlechterung des Zustands möglich. Ein Dekubitus darf nicht heruntergestuft werden- nur eine Aufstufung ist möglich.

Stadium/Kategorie 1: nicht wegdrückbare Rötung

Nicht wegdrückbares Erythem bei intakter Haut. Oftmals sind Körperregionen mit auffällig knöchernen Strukturen betroffen. Der lokal betroffene Bereich ist meist verhärtet, schmerzempfindlich, kalt oder wärmer als das umliegende Gewebe. Dies können große Warnhinweise für einen Dekubitus sein. Die Hautrötung verschwindet oft schnell wieder, bei kontinuierlicher Druckentlastung.

Stadium/Kategorie 2: Teilverlust der Haut

Teilverlust der Haut. „Epidermis bis hin zu Anteilen der Dermis sind geschädigt. Der Druckschaden ist oberflächlich und stellt sich klinisch als Blase, Hautabschürfung oder flaches Geschwür dar." Wenn die Wunde sich öffnet, sieht das Wundbett meist blutig bis seriös aus, in manchen Fällen mit, oder auch ohne Belag auf dem Wundbett.

Stadium/Kategorie 3: Verlust der Haut

Zerstörung aller Hautschichten. Die Haut ist so weit geschädigt, dass subkutanes Fettgewebe sichtbar sein kann. Weiterhin ist es aber auch möglich, dass es zu einer Nekrose kommt. Es kann sich auch hier Fibrin Belag in, oder auf der Wunde befinden. Wie tief ein Dekubitus geht, variiert immer mit dem lokal betroffenen Bereich. Die Muskeln, Knochen oder auch Sehnen sind hier noch nicht sichtbar.

Stadium/Kategorie 4: vollständiger Haut oder Gewebeverlust

„Totaler Gewebeverlust mit freiliegenden Knochen, Sehnen oder Muskeln so-wie ein Belag und Schorf auf der Wunde können vorliegen."
Die Tiefe des Dekubitus hängt auch hier von dem lokal betroffenen Bereich ab.
Oft sind Knochen, Sehnen oder auch Gelenke gut sichtbar und tastbar.

Keiner Kategorie/keinem Stadium zuordenbar: Tiefe unbekannt

Ein vollständiger Gewebeverlust, bei dem das Ulkus von Belägen bis ins Wundbett bedeckt ist. „Bis genügend Beläge und Schorf entfernt sind, um den Grund der Wunde offenzulegen, kann die Tiefe nicht festgestellt werden und das Stadium/ Kategorie nicht beurteilt werden."

Vermutete tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt

Livide oder rötlichbrauner, lokalisierter Bereich, bei intakter Haut oder blutgefüllte Blase aufgrund einer Schädigung des darunterliegenden Gewebes

DEKUBITUS, INKONTINENZASSOZIIERTE DERMATITIS (IAD) UND INTERTRIGO IM VERGLEICH

	Dekubitus	IAD	Intertrigo
Lokalisation	Über Knochenvorsprung oder unter einem medizinischen Hilfsmittel (z. B. Kanüle, Katheter, Schiene)	Perineal, perianal, Innenseiten der Oberschenkel, Gesäß	Gesäßfalte, Leistenfalte
Ätiologie	Immobilität, eingeschränkte Wahrnehmungsfähigkeit	Urin und/oder Stuhlinkontinenz	Schwitzen, Reibung
Tiefe	Am Beginn Kategorie | oder Tiefe Gewebeschädigung („deep tissue injury"). zum Schluss in der Regel Kategorie III/IV	Teilverlust der Haut (Erosion)	Teilverlust der Haut (Erosion)
Form	Rund, oval, klar abgrenzbare Ränder	Ungleichmäßige Form und undeutliche Rander	Länglich
Weitere Merkmale	Nekrosen und Unterminierungen können auftreten	Umgebende Haut typischerweise mazeriert	Umgebende Haut typischerweise mazeriert

Quelle: Die Schwester Der Pfleger 53. Jahrg. 9\|14 / Autor: Prof. Jan Kottner

durch Druck und/ oder Scherkräfte. Hierbei kann es zu einer Blase über dem Wundbett kommen. Die Wunde kann sich verändern und von einem Schorf bedeckt sein. „Selbst bei einer sehr guten Behandlung, kann es zu einer Freilegung weiterer Gewebeschichten kommen."

Gerätebedingte Druckverletzung

Verletzungen aufgrund von Nutzen von Geräten oder Alltagsgegenständen, die Druck auf die Haut ausüben wie z. B. ein Stifneck (Halskrause/ Nackenstütze). Dies kann unbeabsichtigt erfolgen durch Folgen eines therapeutischen Einsatzes.

Druckverletzung der Schleimhäute

Druckverletzungen könne durch den Druck auf feuchte Schleimhäute, die Atemwege, den Magen-Darm-Trakt und den Urogenitalbereich entstehen. Im Magen-Darm-Trakt und im Urogenitalbereich ausgelöst vor allem durch Katheter oder Stuhldrainagesysteme. Im Respirationstrakt kann der anhaltende Druck durch Magensonden oder auch Beatmungstuben ausgelöst werden.

Inkontinenz-assoziierte Dermatitis (IAD)

Definition

Die Inkontinenz-assoziierte Dermatitis ist eine toxische Kontaktdermatitis. Der ständige Kontakt mit Ausscheidungen schädigt die Hautbarriere und irritiert die Haut. Dies löst Entzündungsreaktionen aus, welche als Rötung, Mazeration oder als Ekzem in Erscheinung treten und sich bis hin zu einer IAD ausbilden können. Es liegt eine oberflächliche Entzündung der betroffenen Körperstellen vor. Eine IAD ist klar von einem Dekubitus abzugrenzen, wenn auch gleich beide Krankheitsbilder zugleich vorliegen können. Eine IAD kann die Entstehung eines Dekubitus begünstigen. „Hierbei ist in jedem Falle zu berücksichtigen, dass nicht jeder Patient, der von einer Inkontinenz betroffen ist, auch eine IAD entwickelt." Eine Inkontinenz kann das Risiko einer Hautschädigung erhöhen, insbesondere wenn es sich um einen längeren Zeitraum handelt und die Haut nicht gepflegt wird. Deshalb ist eine gute und gründliche Hautpflege die beste Prävention und Behandlung. Es hat sich bei wiederholter Nachfrage herauskristallisiert, dass viele Pflegefachkräfte den Begriff: „Inkontinenz-assoziierte Dermatitis" nicht kennen. In der Praxis wird häufig von einer Windeldermatitis gesprochen. Deshalb ist es wichtig, den Unterschied zwischen einem Dekubitus und einer IAD in der Pflege deutlich zu machen und genau auf die Unterschiede hinzuweisen.

Ursachen für eine IAD

Stuhlinkontinenz in Zusammenhang mit einer Harninkontinenz ist das größte Risiko, wodurch sich ein IAD entwickelt. „Eine Harninkontinenz allein reicht nicht aus als Ursache für die Entstehung von einer IAD." Bei der Harninkontinenz wird durch den produzierten Ammoniak im Urin die Schutzbarriere der Haut geschädigt und erhöht den pH-Wert der Haut. „Urin und Stuhlgang zusammen aktivieren Stuhlenzyme, die eine natürliche Hautbarriere angreifen." Bei der Stuhlinkontinenz werden durch die

Stuhlenzyme Eiweiß und Fette gespalten wodurch das Stratum corneum angegriffen wird. Daraus resultiert, dass die Haut vermehrt Bakterien und Mikroben ausgesetzt ist, welche sich im Stuhl befinden. „Dem zur Folge kommt es zu einem Aufquellen der Haut und die Hautbarriere wird geschädigt." Des Weiteren ist eine gute und gesunde Pflege der Haut essenziell. Falsche Hautreinigungsprodukte können einen negativen Einfluss auf die Entstehung einer IAD nehmen. Der Kontakt mit aufsaugenden Inkontinenzmaterial kann ein Risiko für die Entstehung sein, oder auch Scher- und Reibungskräfte können eine IAD begünstigen. Besonders häufig tritt eine IAD im Intimbereich auf, da dort Haut auf Haut liegt und durch die zusätzliche Feuchtigkeit die Entstehung beschleunigt wird.

Symptome einer IAD

Betroffene Patienten leiden oft unter entzündlichen Reaktionen im Intimbereich, die mit brennenden Schmerzen, sowie nasse bis schuppige Haut, Bläschen und Pustel Bildung mit starkem Juckreiz einhergehend. Weiterführend kann die Epidermis zerstört werden. Daraus resultiert der Verlust der Barrierefunktion der Haut. Eine oberflächliche Wunde kann Feuchtigkeit abgeben oder es treten lokal Blutungen auf. Dies ist abhängig je nach Größe und Tiefe der IAD. Durch die Eröffnung der Wunde können Entzündungen und schwerwiegende Infekte auftreten, die eine Wundheilung zum Nachteil des Patienten beeinflussen, z. B. mit einer Vergrößerung der Wunde oder sogar mit einem schwerwiegenden Verlauf in der Wundbehandlung. Das betreffende Hautareal, hat oft einen starken Ammoniakgeruch. Diese Geruchsbildung kann sich im schlimmsten Fall auf die Psyche des Patienten auswirken.

Risikofaktoren der IAD

Bei der Inkontinenz-assoziierten Dermatitis gibt es einige Risikofaktoren wie z. B. die Stuhl- und Harninkontinenz mit sehr häufigen Entleerungsstörungen. Die vermehrte Feuchtigkeit in der jeweiligen Körperregion durch die Harninkontinenz, der schlechte Hautzustand und das Wundliegen/sitzen erhöhen das Risiko der IAD. Das hohe Alter und die eingeschränkte Mobilität verstärken den Pflegebedarf eines Patienten. „In Folge dessen kann der Ernährungs- und Flüssigkeitszustand reduziert sein." Die Unfähigkeit sich zu versorgen, die tägliche Körperhygiene nicht mehr autonom durchführen zu können und auf Hilfe von Angehörigen oder Pflegefachkräften angewiesen zu sein, vergrößert das Risiko. Hierzu dient der Expertenstandard Förderung der Harninkontinenz in der Pflege (vgl. Anhang A IV), damit das Risiko vermindert wer-den kann. Weiterhin können sensorische Wahrnehmungsstörungen oder auch eine erhöhte Körpertemperatur eine IAD begünstigen. Sobald falsche Hautreinigungsprodukte (bspw. Produkte mit Konservierungsstoffen) zur Anwendung kommen, welche die Hautbarriere weiter angreifen, nimmt der pH-Wert ab und die Haut verliert ihren natürlichen Hautschutzmantel. Die Haut sollte eher getupft als abgetrocknet werden, da dies sonst zu einer weiteren Hautreizung führen kann. Bei den genannten Risikofaktoren ist es sehr wichtig die geplanten pflegerischen Maßnahmen durchzuführen und bei der morgendlichen Körperpflege die Haut zu inspizieren. Das bedeutet, jegliche Auffälligkeit der Haut muss dokumentiert werden und die geplanten pflegerischen Maßnahmen dementsprechend angepasst werden.

Stuhlinkontinenz

Durch die sehr häufigen Stuhlgänge werden Fette und Enzyme gespalten. Dies erhöht die Aktivität der Stuhlenzyme, wodurch die Hornhaut Stratum corneum angegriffen wird. Durch die Erhöhung des pH-Wertes steigt das Infektionsrisiko der Haut und es kann zu einer Vermehrung der Bakterien und Mikroben der geschädigten Haut kommen. Die Hautbarriere wird durch stetigen Kontakt mit Stuhlgang geschädigt.

Harninkontinenz

Durch das unkontrollierte Verlieren von Urin, wird die Schutzbarriere der Haut beschädigt und der pH-Wert erhöht. „Der Harnstoff im Urin wird von den Hautbakterien in Ammoniak umgewandelt." Das Risiko von Hautschäden erhöht sich enorm, wenn sich die betroffene Körperregion weitestgehend in einem feuchten Milieu befinden. Die IAD bringt eine Störung der Barrierefunktion der Haut mit sich, welche eine Entzündung auslöst, die sehr unterschiedlich verlaufen kann. Die Hautinspektion und -beobachtung stehen im Fokus der pflegerischen Tätigkeiten, um die Gefahr einer IAD zu vermindern.

Gefährdete Körperregionen bei einer IAD

Jeder Mensch mit einer ausgeprägten Inkontinenz hat ein Risiko für eine IAD. Welches Ausmaß eine IAD annimmt ist schwer zu pauschalisieren. Abhängig ist dies davon, wie schnell das Risiko erkannt wird und inwieweit Maßnahmen umgesetzt werden. Die gefährdeten Körperareale befinden sich vor Allem im Bereich der Inkontinenzversorgung. Das erhöhte Alter, Adipositas, sowie die Stuhl- oder Harninkontinenz können eine IAD begünstigen. Hinzu kommt eine Mobilitätseinschränkung mit großer Pflegebedürftigkeit und einem schlechten Ernährungs- und Flüssigkeitszustand. Die lokalisierte IAD kann sich nur in dem Bereich der Haut entwickeln, die einen direkten Kontakt mit Urin oder Stuhlgang hat.

Prophylaktische Maßnahmen einer IAD

„Der wichtigste Schutz der Haut ist, dass die Haut vor Feuchtigkeit geschützt wird und das eine gute Hautpflege stattfindet, damit eine IAD vermieden wer-den kann." Deshalb sind eine gute Hautbeobachtung und das Erkennen von Risikofaktoren besonders wichtig. Prophylaktische Maßnahmen sind direkt umzusetzen, wenn die Gefahr einer IAD erkannt wird. Sobald der Patient einen Schmerzreiz oder eine Schonhaltung zeigt, sollte eine systematische Schmerzerfassung und eine individuelle Behandlung erfolgen. Dabei gilt, täglich die Haut auf Veränderungen zu inspizieren und den Patienten nach seinen Schmerzen zu fragen. Im Fokus steht hierbei die Beseitigung von Ausscheidungen und die Trocknung der Haut. Welche Bedeutung die Hautpflege hat, sollte stets mit dem Patienten und seinen Angehörigen kommuniziert werden. Eine falsch getroffene Inkontinenzversorgung, kann das Risiko einer IAD erhöhen. Das Inkontinenzmaterial sollte auf den Patienten genau abgestimmt sein. Wenn es zu häufig unkontrollierten Ausscheidungen kommt, sind diese zu entfernen und die Haut ist trocken zu halten. Hiermit wird für eine gute und sichere Hautbeschaffenheit gesorgt. Bei der Hautreinigung ist es besonders wichtig, dass grobes und

unsanftes Abtrocknen vermieden wird. Es ist empfehlenswert ein weiches Reinigungsmaterial zu verwenden. Weiterhin ist für die Hautreinigung besonders wichtig, dass keine alkalischen Seifen oder Produkte mit anionischen Tensiden benutz werden. Der Einsatz von pH-neutralen Produkten ist zu favorisieren, denn hiermit wird die Regeneration der Epidermis unterstützt. Die Auswahl der Reinigungsprodukte ist stets individuell zu treffen, da sie abhängig vom Hauttyp des Patienten ist. Bei trockener Haut sollten feuchtigkeitsspendende, rückfettende Pflegeprodukte verwendet werden.
Bei einer feuchten Haut sind feuchtigkeitsspendende Produkte nicht zu empfehlen. Damit die Haut gut geschützt ist, sind Hautschutzprodukte wie z. B. Barriere-Cremes, Tücher oder auch Sprays ratsam, damit die Haut einen Schutzmantel erhält, um gegen Gefahren gut geschützt zu sein. Die Hautschutzprodukte sollten überall dort verwendet werden, wo die Haut in Kontakt mit Urin oder Stuhlgang kommt. Wichtig ist hier auf die Anweisung von den Herstellern zu achten.
„Desweitern gibt es verschiedene Hilfsmittel wie z. B. Fäkalkollektoren, Urinalkondome, Analtampons oder Stuhldrainagesysteme, die zum Einsatz kommen, wenn Stuhl oder Urin ferngehalten werden soll." Wenn die Entscheidung getroffen wird, dass ein Hilfsmittel bei einem Patienten eingesetzt wird, muss dies im interdisziplinären Team (Arzt, Pflegefachkraft und auch Patient) kommuniziert werden. Dafür muss das Hilfsmittel genau auf den Patienten angepasst sein, wie z. B. ein Urinalkondom. Hier ist es besonders wichtig welche Größe und Umfang verwendet wird, dies ist vorab auszumessen am Penis des Patienten. Dabei gilt auch hier auf Herstellerangaben zu achten. Wenn Hilfsmittel zum Einsatz kommen, müssen die geplanten Maßnahmen einer Pflegekraft berücksichtigt, dokumentiert und immer wieder angepasst werden. Die Nutzung von Matratzen oder Überzügen sollte auch individuell auf den Patienten angepasst und regelmäßig kontrolliert werden. Die Pflegenden sollten bei der täglichen Hautbeobachtung auf Anzeichen einer Infektion/ Hautirritation achten. Bei Auffälligkeiten sind diese zu dokumentieren und ein Arzt sollte informiert werden.
„Das koordinierte Vorgehen aller an der Versorgung Beteiligten auf Basis einer adäquaten Diagnosestellung, insbesondere unter klarer Abgrenzung zum Dekubitus, gewährleistet die einheitliche Behandlung der IAD." Das große Ziel ist es, die Lebensqualität zu fördern und weitere Komplikationen zu vermeiden. Diese ganzen Möglichkeiten und eine kooperative Zusammenarbeit im Team mit den geplanten prophylaktischen Maßnahmen können eine Entstehung von der Inkontinenz-assoziierte Dermatitis reduzieren.

Assessmentinstrumente für die IAD

Damit eine IAD richtig eingeschätzt und klassifiziert wird, wurden diverse Instrumente entwickelt. Die Instrumente sollen den Pflegeprozess unterstützen, damit eine Diagnose gestellt, Maßnahmen geplant und diese dann in der Praxis umgesetzt und im letzten Schritt evaluiert werden. Es sind verschiedene anwendbare Tools auf Ihre Wirksamkeit untersucht worden, die in der Praxis sehr eingeschränkt sind. Die IADIT-D (Inkontinenz-assoziierte Dermatitis Intervention Tool) wurde von den Experten empfohlen. Zur Kategorisierung einer Inkontinenz-assoziierten Dermatitis (IAD) gibt es seit 2017 das Instrument „Gent Global IAD Categorisation Tool - GLOBIAD®". Das IADIT-D aus 2015 rückt damit in den Hintergrund, weil die Aktualität des IADIT-D hinsichtlich der Einschätzung einer IAD inklusive der angeführten Interventionen nicht mehr gegeben ist.

Das GLOBIAD wurde zwischenzeitlich in mehreren Sprachen übersetzt.
Die deutsche Version des GLOBIAD-Instruments finden Sie hier:
https://images.skintghent.be/20181112162511 73_globiad-german-final2.pdf

Unterscheidungskriterien Dekubitus von der IAD

Der Unterschied zwischen einer IAD und einem Dekubitus ist in der Praxis ein bekanntes Problem. Die Prävention und auch die Intervention unterscheiden sich in der Behandlung bei einem Risikopatienten. Es ist für eine Pflegekraft in der Praxis nicht leicht, den Unterschied zwischen einer IAD und dem Dekubitus festzustellen. Bei der Inkontinenz Assoziierten Dermatitis ist es eine Schädigung der Haut „von außen nach innen" bedingt durch die Inkontinenz. Der Dekubitus schädigt die Haut, „von innen nach außen", infolge von Druck oder Druck in Kombination mit Scherkräften. Ein Dekubitus beginnt nicht an der Oberfläche, er beginnt in der Tiefe, meist an knöchernen Vorsprüngen. Anders ist es bei der IAD, hier ist die dauerhafte Feuchtigkeit auf der Haut, die zum Aufquellen dieser führt und die Hautbarriere angreift.
Der erste Grad einer IAD sowie bei einem Dekubitus sind sehr ähnlich. Aus diesem Grund kommt es immer wieder zu Verwechslungen in Ihrer Unterscheidung. Die täglich Hautinspektion ist eine wichtige Aufgabe der Pflegefachkraft, damit die Unterscheidung getroffen werden kann, ob hier eine IAD oder ein Dekubitus vorliegt.

Damit ein Dekubitus oder auch eine IAD vermieden werden kann, sind viele Faktoren wichtig. Die Pflegefachkraft muss in der Pflegepraxis genau erkennen, welche Diagnose vorliegt. Weiterhin sind dann im Team geeignete Pflegemaßnahmen für den betroffenen Patienten zu planen und auch anzuwenden. Es ist wichtig das ein interdisziplinäres Team aus verschiedenen Berufsgruppen gut zusammen arbeitet und gezielte Maßnahmen plant und diese auch evaluiert.

Literaturverzeichnis

Dissemond, Joachim:
Blickdiagnose chronischer Wunden, Über die klinische Inspektion zur Diagnose, 4.Auflage, WPV. Wirtschafts- und Praxisverlag GmbH, Köln 2020

Protz, Kerstin:
Moderne Wundversorgung, 9. Auflage, Elsevier Verlag, München 2019

Initiative Chronische Wunden (Hrsg.)
Standards für die Diagnostik und Thera-pie chronischer Wunden, Stand 2020, Quedlinburg

Dissemond, Joachim:
Chronische Wunden, Diagnostik-Therapie- Versorgung, für die Initiative Chronische Wunden (ICW) e.V. (Hrsg.)
Elsevier Verlag, Erscheinungsjahr 2019

A.Bültemann/H.Daum/W.Sellmer:
Wundfibel, Wunden versorgen, behandeln, heilen, 3.aktualisierte und erweiterte Auflage, Medizinisch Wissenschaftli-

che Verlagsgesellschaft, Berlin 2018
Internetquellen https://www.wundmanagement-tirol.at/upload/
Zugriff am 15.09.2022, 15:07Uhr

https://www.pflege-durch-angehoerige.de/dekubitus/#Risikofaktoren_und_Risikoeinschaetzung
Zugriff am 10.11.2022, 18:35Uhr

https://www.pflege.de/krankheiten/dekubitus/
Zugriff am 07.11.2022, 17:30Uhr

https://www.ligasano.com/de/dr-gucks-kompendium/details/dekubitus
Zugriff am 07.11.2022, 17:45Uhr
https://www.dekubitus.de/ratgeber/dekubitusstadien
Zugriff am 27.09.2022, 19:57Uhr

Aus Platzgründen können nicht alle Quellen angegeben werden. Weitere Quellennachweise auf Anfrage beim Autor.

Philip Brandes wohnt in Bremen
Gesundheits- und Krankenpfleger seit 2013;
seit 01.07.2020 bei der Firma B. Braun im Home Care-Bereich als Patientenmanager;
Weiterbildung an der DAA 31.01.22 bis 08.09.2023 zum Pflegeexperten Stoma, Kontinenz und Wunde
E-Mail: Philip_Brandes20@web.de

FgSKW
Fachgesellschaft
Stoma, Kontinenz und Wunde e.V.

FROHE WEIHNACHTEN
UND
EIN GUTES NEUES JAHR!

• Vielen Dank •

für die angenehme Zusammenarbeit an unsere

Mitglieder, Förderer, Kooperationspartner und Mitgliedsverbände.

Foto: AdobeStock @ Zanni

Status quo 15 Jahre Urotherapie in Deutschland

Eine Analyse der Wertschätzung dieser Expertise im interprofessionellen Team und deren Einfluss auf die Motivation dieser PflegeexpertInnen.

Im folgenden Artikel handelt es sich um eine verkürzte Zusammenfassung von Ergebnissen, welche die Autorin im Rahmen ihrer Bachelorthesis recherchiert, erfasst und untersucht hat.

In Deutschland wird das Curriculum zur Weiterbildung UrotherapeutIn seit 2007 an der Fortbildungsstätte des Klinikums Links der Weser angeboten. In den ersten 15 Jahren wurden insgesamt 281 UrotherapeutInnen am Standort Klinikum Links der Weser Bremen weitergebildet. Die größte Gruppe mit insgesamt 222 dieser zertifizierten UrotherapeutInnen sind examinierte Pflegekräfte (Krankenschwestern, Krankenpfleger, Gesundheits- und KrankenpflegerInnen)[1]. Urotherapeutische Ansätze finden sich in der Literatur seit den 1980er Jahren[2]. In den Beneluxländern, Österreich und Deutschland wird Urotherapie seit den 1990er Jahren als konservative Behandlungsform angewandt[3]. Urotherapie wurde durch diverse kontrollierte Studien auf deren Wirksamkeit überprüft und wird durch internationale Fachgesellschaften wie beispielsweise der ICCS als Standardtherapie empfohlen[4]. Die meisten UrotherapeutInnen arbeiten in der Pflege, aber auch Mediziner, Physiotherapeuten, Hebammen, Ergotherapeuten und medizinische Fachangestellte können die Weiterbildung absolvieren.

Aufgabenbereich Urotherapie

Urotherapie zeichnet sich durch ein multidisziplinäres Therapiekonzept aus, welches sich sowohl mit funktionellen als auch mit organischen und neurologisch bedingten Störungen von Harntrakt, Darm und Beckenboden befasst[5]. Die urotherapeutische Arbeit ist im Kern nicht medikamentös oder operativ und beinhaltet die Beratung und Therapiebegleitung betroffener Menschen aller Altersklassen.
Urotherapie ist Teil einer interdisziplinären Zusammenarbeit bzw. einer interprofessionellen Teamarbeit. Zu diesem Team gehören sowohl Pflegende als auch ÄrztInnen und TherapeutInnen verschiedener Fachbereiche. Sie alle verfolgen gemeinsam mit den betroffenen Kindern, Jugendlichen oder Erwachsenen das Ziel, die Kontinenz zu fördern und ggf. Kontinenzstörungen zu beheben oder mit entsprechenden Hilfsmitteln die Lebensqualität zu verbessern[6].

UrotherapeutInnen, die als ExpertInnen im Bereich der Pflege eingesetzt werden, führen nicht selten Beratungen durch, bei denen eine Standardurotherapie genutzt wird, um grundlegendes Wissen zu der Körperwahrnehmung und der damit verbundenen Ausscheidung sowie zu gesundem Toilettenverhalten zu vermitteln.

Voraussetzungen zur Implementierung Urotherapie

Um Urotherapie anbieten zu können, ist nicht nur ein umfangreiches Wissen zu den vorherrschenden Kontinenzstörungen und deren Behandlungsstrategien nötig. Es müssen außerdem strukturelle Voraussetzungen geschaffen werden. Hierzu zählen beispielsweise geeignete Räumlichkeiten und Technik, aktuelle Hilfsmittel und medizinische Modelle, die Freistellung zur Durchführung einer Kontinenzberatung sowie die Möglichkeit zur kontinuierlichen Weiterbildung[4]. Um die Entmystifizierung und die Enttabuisierung rund um das Thema Ausscheidung erfolgreich zu gestalten und eine strukturierte Diagnostik sowie individualisierte Therapie anbieten zu können, müssen alle am Prozess der Kontinenzförderung beteiligten Personen als Team agieren und das gleiche Ziel verfolgen[7].

Einsatzbereiche - mittlerweile finden sich die meisten UrotherapeutInnen in der Erwachsenenmedizin

Der Einsatz von UrotherapeutInnen ist sowohl im Kinder- und Jugend- als auch im Erwachsenenbereich möglich. Mittlerweile finden sich UrotherapeutInnen überwiegend in der Erwachsenenmedizin. Besonders Sprechstun-

den in spezialisierten Kontinenz- und Beckenbodenzentren bieten immer häufiger Urotherapie in Form von Beratung, Schulung und Anleitung an[4]. UrotherapeutInnen sind ebenfalls in spezialisierten Zentren der Pädiatrie[5] sowie im Bereich Rückenmarksverletzungen oder in neurologischen Rehazentren anzutreffen.
Ein weiteres großes Einsatzgebiet ist der Sektor Homecare. Hier wird das Fachwissen der UrotherapeutInnen genutzt, um die betroffenen Menschen und deren Angehörige sowohl fachlich rund um das Thema Kontinenzförderung zu beraten als auch im häuslichen Umfeld in der Nutzung entsprechender Hilfsmittel zu schulen, zum Beispiel intermittierender Katheterismus oder transanale Irrigation.

Mit der hier thematisierten Analyse soll der aktuelle Stand der Wertschätzung von UrotherapeutInnen in der Pflege im interprofessionellen Team und die Auswirkung der wahrgenommenen Wertschätzung auf deren Motivation, abgebildet werden.

Forschungsmethode

Es wurde ein standardisierter Fragebogen mit 40 Fragen (Items) erstellt und im September 2022 eine deutschlandweite Onlinebefragung von UrotherapeutInnen in der Pflege durchgeführt. Die **Hypothese**, dass **durch angemessene Wertschätzung im interprofessionellen Team die Motivation**, als UrotherapeutIn im klinischen oder ambulanten Bereich zu arbeiten, steigt, wurde mittels deskriptiver Statistik anhand der der ersten 39 Items ausgewertet. Am Ende des Fragebogens hatten die ProbandInnen die Möglichkeit zur Ergänzung eigener offener Punkte, diese qualitativen Aussagen wurden in Bezug gesetzt zu den quantitativen Ergebnissen.

UrotherapeutInnen, die nicht in Deutschland arbeiten oder nicht in pflegerischen Bereichen tätig sind, wurden von der Befragung ausgeschlossen. Um einen möglichst breiten Ansatz zu schaffen, wurden die Fragen anhand von Aspekten des Bereichs Unternehmensberatung im Gesundheitsmarkt und der Motivationspsychologie im Kontext der Arbeit sowie interdisziplinärer Zusammenarbeit zusammengestellt und entsprechende Items entwickelt.

Ziel der standardisierten Befragung war es einen messbaren Bezug der Wertschätzung und Motivation im interdisziplinären Team zum jeweiligen Arbeitsumfeld der PflegeexpertInnen Urotherapie herzustellen. Zusätzlich können anhand der Aussagen ein Verständnis für die PflegeexpertInnen entwickelt und mögliche Handlungsempfehlungen abgeleitet werden.

Ergebnisse

Die Onlinebefragung via SoSci Survey der UrotherapeutInnen aus dem Bereich Pflege fand vom 13. September bis zum 30. September 2022 statt.
In diesem Zeitraum nahmen 120 Personen an der Befragung teil. Mittels der festgelegten Ausschlusskriterien und Filter konnten 67 gültige Datensätze generiert werden. Siehe Stichprobenbeschreibung Tabelle 1.

Tab. 1 Stichprobenbeschreibung

Eingeschlossen *N* = 67			**Männlich 7,5 % (*n* = 5)**		**Weiblich 92.5 % (*n* = 62)**	
30.2 % der Population (alle Pflegekräfte, die im Gesundheit Nord Klinikverbund Bremen bis einschließlich 2021 als UrotherapeutInnen weitergebildet wurden)						
Alter *M* = 51.39 Jahre (*SD* = 7.73)	*min* = 28 Jahre		*max* = 64 Jahre			
Berufserfahrung *M* = 29.43 Jahre (*SD* = 8.48)	*min* = 8 Jahre		*max* = 46 Jahre			
Aktuell als UrotherapeutIn tätig	85.1 % (*n* = 57) ja		14.9 % (*n* = 10) nein • 4.5 % (*n* = 3) keine entsprechende Stelle • 4.5 % (*n* = 3) aufgrund mangelnder Wertschätzung ausgestiegen • 1.5 % (*n* = 1) will nicht mehr in der Pflege tätig sein • 9 % (*n* = 6) andere Gründe			
Tätigkeitsbereich	Pädiatrisch 22.4 % (*n* = 15)		Erwachsene 52.2 % (*n* = 35)		Kombination Pädiatrisch und Erwachsene 25.4 % (n = 17)	
Aktueller/ ehemaliger Arbeitsplatz	Akut- und Rehaklinik 58.2 % (*n* = 39)	Praxis/ Ambulanz 20.9 % (*n* = 14)	Home Care/ Fachhandel 20.9 % (*n* = 14)	Zert. Kontinenz - und Beckenbodenzentrum n. DKG 16.4 % (*n* = 11)	Kontinenzberatung 32.8 % (*n* = 22)	Nicht spezifizierter Einsatzbereich 10.4 % (*n* = 7)

Anmerkung: Mehrfachnennungen waren möglich

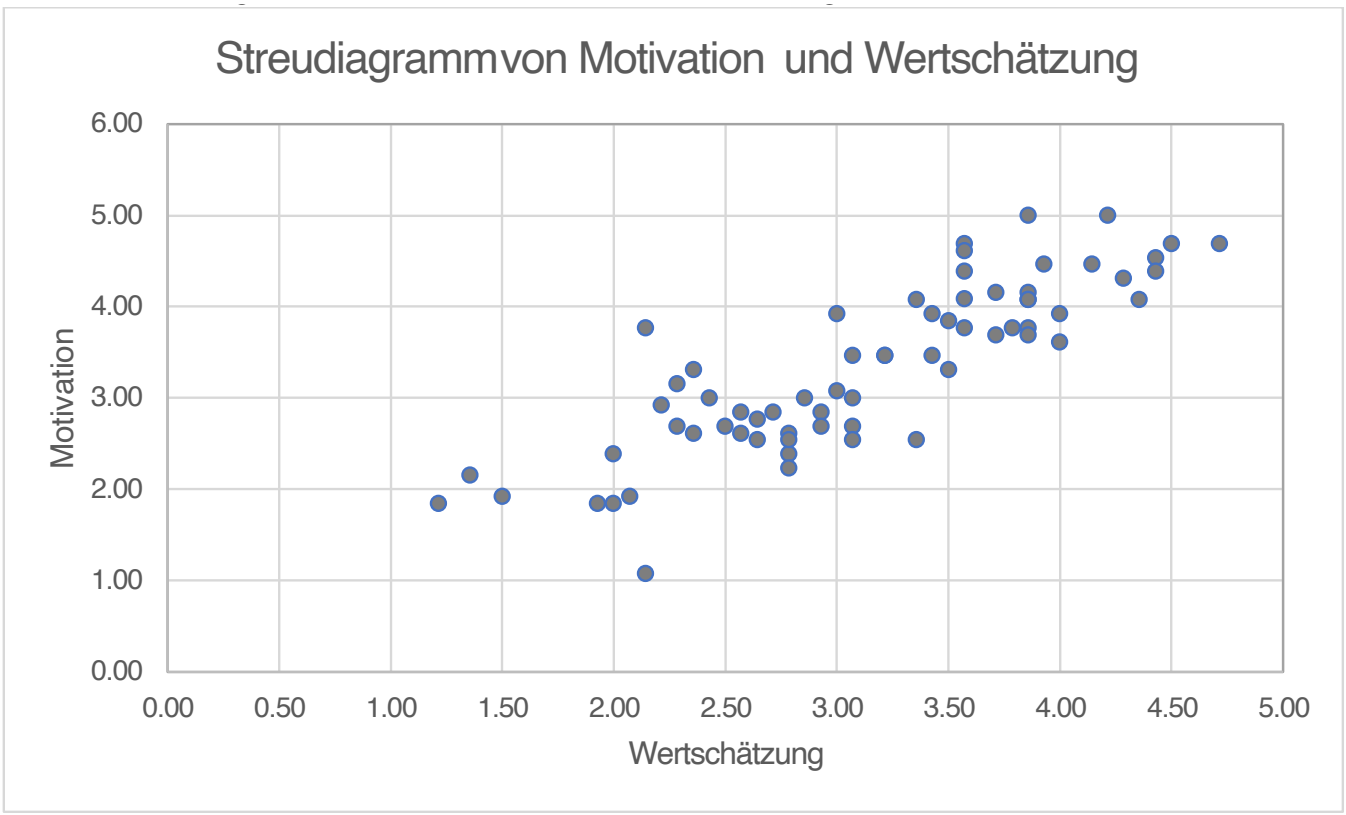


Abb. 1 Streudiagramm von Motivation und Wertschätzung

Anmerkung: positive Pearson-Korrelation von r =.85 und p <.001

Zusammenfassende Interpretation der Daten

Die Pflegeexpertise Urotherapie ist in dieser Untersuchung eine Domäne sehr erfahrener und meist weiblicher Pflegekräfte, die überwiegend erwachsene Betroffene in Akut- und Rehakliniken mittels Kontinenzberatung betreuen.

Es zeigte sich ein hoch signifikanter bivarianter Zusammenhang zwischen der Wertschätzung im interdisziplinären Team und der Motivation der UrotherapeutInnen. Je mehr Wertschätzung innerhalb des interprofessionellen Teams empfunden wird, desto höher die Motivation der/des UrotherapeutIn. Die Anerkennung der Expertise Urotherapie in Form der empfundenen Wertschätzung kann als Motivator angenommen werden, dessen positiver Einfluss die UrotherapeutInnen zusätzlich motiviert. Dieses Ergebnis war nicht erstaunlich. Jedoch konnte auch gezeigt werden, dass viele UrotherapeutInnen hochmotiviert arbeiten, obwohl Sie sich nur unzureichend wertgeschätzt fühlen.

Dass sich die im interprofessionellen Team wahrgenommene Wertschätzung und Motivation der UrotherapeutInnen, die noch im Bereich Urotherapie arbeiten, versus die, die dies nicht mehr tun, kaum unterscheiden, ist allerdings überraschend. Lediglich eine tendenziell leicht höher empfundene Wertschätzung kann bei der Gruppe noch tätiger UrotherapeutInnen interpretiert werden, wobei es bei der Motivation zu fast identischen Werten kam.
Statistisch konnte nachgewiesen werden, dass bei UrotherapeutInnen, die im rein pädiatrischen Sektor arbeiten, eine signifikant höhere Wertschätzung im interprofessionellen Team empfunden und eine stärkere Motivation besteht. Die Kombination beider Bereiche – pädiatrischer Sektor und Erwachsensektor – konnte diese signifikanten Unterschiede der Wertschätzung und der Motivation nicht erreichen. Grundlegend für dieses Ergebnis kann der mehr als jahrzehntelange und fest etablierte Einsatz von Urotherapie, sowie deren Ursprung im pädiatrischen Bereich sein[8]. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Signifikanz der stärker wahrgenommenen Wertschätzung im pädiatrischen Kontext durch bereits vorhandene Studien zur Wirksamkeit, durch Fachliteratur und durch wiederkehrende Vorstellung erfolgreicher urotherapeutischer Behandlungskonzepte auf Kongressen der jeweiligen Fachgesellschaften unterstützt und gesteigert wird[9].

Obwohl die meisten UrotherapeutInnen laut Literatur[4] und der hier erfassten Stichprobe (52,2 %) im Erwachsenensektor arbeiten, ist das Angebot an Studien und Literatur wesentlich geringer ausgeprägt. Doch sowohl Gynäkologen als auch Urologen und die jeweiligen Fachgesellschaften erkennen den Wert zunehmend an und teilen auch ihre Erfahrungen der Fachwelt mit[10]. Dennoch fanden sich in den frei formulierten Aussagen der ProbandInnen Hinweise auf eine schwierige Umsetzung oder mangelnde Akzeptanz und Wertschätzung: „Bei uns im Haus wird die Urotherapie vom urologischen Chef nicht unterstützt […]
In der Gynäkologie werden wir noch gar nicht angefordert. Die volle Inte-

gration der Kontinenzberatung gestaltet sich sehr langwierig".
Im Gesamtscore der Wertschätzung wurde durchschnittlich eine positive Tendenz erzielt. Der Gesamtscore Motivation schnitt im direkten Vergleich durchschnittlich noch positiver ab als die wahrgenommene Wertschätzung.

Dass insbesondere ÄrztInnen und Pflegende der Urotherapie in dieser Befragung die größte Wertschätzung entgegenbringen, verwundert bei der Betrachtung der Rolle nicht. Urotherapie stellt nicht nur eine eigene Pflegerolle dar, sondern entlastet ebenso als Assistenz der FachärztInnen durch die teilweise Übernahme von Diagnostik und Beratung etc. insbesondere diese Berufsgruppe.
Für Pflegende ist die/der UrotherapeutIn nicht nur „ProblemlöserIn," sondern auch eine fachliche Unterstützung bei komplexen Kontinenzstörungen. Urotherapie entlastet verschiedene pflegerische Bereiche und teilweise auch andere Pflegeexpertisen, bspw. durch Training und Schulung Betroffener zur Erlangung eines besseren Kontinenzprofils. Das Kontinenzprofil erlaubt eine schnelle Einschätzung des Abhängigkeitsgrades in Bezug auf Material und Personal des Betroffenen aufgrund seiner Kontinenzstörung[11]. Bei adäquater Schulung können Betroffene einen geringeren Materialverbrauch sowie die eigenständige Nutzung von Hilfsmitteln erreichen und somit Personal- und Materialressourcen schonen.
Auch der Umstand, dass hier die Führungsebene schlecht abschließt, verwundert nicht. Urotherapie generiert i. d. R. keine „Fallzahlen", sondern vermeidet evtl. sogar Operationen durch erfolgreiche konservative therapeutische Strategien.

Besonders schlecht wurde das Wertschätzungsitem bezüglich des Erhalts einer höheren Bezahlung oder einer anderen finanziellen Besserbestellung aufgrund der Weiterbildung zum/zur UrotherapeutIn versus andere Pflegekräfte beurteilt. Diese Bewertung wurde zusätzlich bei der offenen Fragestellung verstärkt. Die ProbandInnen betonten mehrfach, dass eine monetäre Anerkennung, höhere Tarife bzw. Höhergruppierung und Abrechnungsmöglichkeiten der Urotherapie wichtig wären.

Im Bereich Motivation wurden die Kompetenzen der UrotherapeutInnen, die Fähigkeit, die gestellten Aufgaben zu erfüllen und die Selbstsicherheit durchschnittlich mit den höchsten Mittelwerten der gesamten Befragung beantwortet. Dies bedeutet, dass mit der Weiterbildung Urotherapie das Selbstbild und die Souveränität in der Rolle als PflegeexpertIn tatsächlich gefördert bzw. gefestigt werden können. Des Weiteren zeigen diese hohen Werte, dass die Weiterbildung Urotherapie am Klinikum Nord in Bremen die Bedürfnisse und Anforderungen der TeilnehmerInnen sehr gut erfüllt und das aktuelle Curriculum nach Bestehen der Prüfung eine sehr gute Voraussetzung für die Arbeit als UrotherapeutIn bildet, da ihnen die nötigen Kompetenzen vermittelt wurden.
Diese hohen Werte trotzen auch weniger positiven Aspekten, bspw. der am schlechtesten bewerteten Fähigkeit der Führungskräfte, mittels professionellen und regelmäßigen Lobs den oder die UrotherapeutIn zu motivieren. „Führungskräfte sollten wieder lernen, dass der Mensch im Mittelpunkt steht"; „mehr Beachtung und Achtung bzw. durch die Klinikleitung"– diese Aussagen bzw. Wünsche bekräftigen qualitativ, was bereits quantitativ erfasst wurde.

Dass es keinerlei signifikante Unterschiede bezüglich Wertschätzung und Motivation bei den Vergleichen der verschiedenen Arbeitsbereiche gibt, verwundert. Grundsätzlich könnte angenommen werden, dass UrotherapeutInnen in zertifizierten Kontinenz- und Beckenbodenzentren oder Kontinenzberatungsstellen im interprofessionellen Team besonders wertgeschätzt werden und motivierter sind, da hier die Fachexpertise Urotherapie bereits offiziell etabliert sein sollte.
Das Fehlen einer positiv zu bewertenden Signifikanz bei Beckenboden- und Kontinenzzentren sowie die schlechtere Motivation von UrotherapeutInnen, die bereits eine Kontinenzberatung durchführen oder durchgeführt haben, werden auch durch Aussagen wie folgenden bekräftigt: „Meine Weiter-bildung wurde nur benötigt, um das Zertifikat für das geplante Beckenbodenzentum zu erlangen".

Diskussion und Fazit

Die UrotherapeutInnen hatten die Möglichkeit, ihre Wahrnehmung und Wünsche zum Berufsfeld Urotherapie zu äußern. Sie brachten zum Ausdruck, dass sie sich durch eine besondere Kompetenz und Souveränität im Sektor Kontinenzförderung bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen gleichermaßen bei funktionellen, organischen und neurologischen Störungen des unteren Harntrakts, Gastrointestinaltrakt und Beckenboden hervorheben und größtenteils motiviert sind, ihren Wissensschatz sowie die Berufserfahrung auch weiterhin einzubringen. Das Ziel der UrotherapeutInnen, die Kontinenz zu fördern und ggf.
Kontinenzstörungen zu beheben oder mit entsprechenden Hilfsmitteln die Lebensqualität zu verbessern, ist nur möglich, wenn entsprechende Stellenbeschreibungen, Konzepte und Rollendefinitionen beim jeweiligen Arbeitgeber sowie im interprofessionellen Team entwickelt, umgesetzt und gelebt werden.

Die Motivation zur Ausübung der Urotherapie selbst und die empfundene Kompetenz konnten trotz des schwierigen Arbeitsinhalts der tabuisierten und stigmatisierten Bereiche Stuhl- und oder Harninkontinenz als teilweise sehr hoch nachgewiesen werden. Sie trotzten somit auch teilweise widrigen Umständen oder schlechteren Ressourcen und Rollenverständnissen im interdisziplinären Team.

Eindeutige Zusammenhänge bezüglich der Arbeitsplätze, bei denen sich UrotherapeutInnen besonders wertgeschätzt fühlen, konnten nicht nachgewiesen werden. Dies bedeutet Folgendes: Der/die UrotherapeutIn empfindet die Arbeit in Klinik oder Praxis, Kontinenzberatung, Homecare oder Fachhandel nicht signifikant unterschiedlich in Bezug auf die entgegengebrachte Wertschätzung und Motivation. Selbst UrotherapeutInnen, die laut Zertifizierungsgrundlagen von Kontinenz- und Beckenbodenzentren eine feste Rolle und einen klar definierten Aufgabenbereich haben sollten, scheinen dies nicht als signifikanten Mehrwert bzw. Wertschätzungsindikator oder Motivationsschub zu empfinden.

Aus diesem Ergebnis erschließt sich gleichzeitig die Erkenntnis, dass sie Zertifizierungsbedingungen für ein Beckenboden- und Kontinenzzentrum nach DKG nicht nur auf dem Papier bestehen dürfen, sondern auch in die Praxis umgesetzt werden müssen.

Mit der durchgeführten Befragung konnte gezeigt werden, dass die „engsten" ArbeitskollegInnen von UrotherapeutInnen (ÄrztInnen und Pflegekräfte) bereits am besten erkannt haben, welche Chancen die Einbindung der Urotherapie eröffnet und welche Hürden gemeinsam besser, schneller sowie effektiver bewältigt werden können bzw. könnten.

Die wichtigsten Handlungsempfehlungen richten sich an Führungskräfte und Vorgesetzte. Sie sind in der Lage, durch die Bereitstellung der angemessenen Ressourcen (Zeit, Raum, Technik, Material, Weiterbildung), Zuwendung in Form von Lob, Anerkennung, Personalentwicklung und offener ehrlicher Kommunikation als Vorbild zu fungieren. Sie sind ein wichtiger Teil des interdisziplinären Teams und maßgeblich dafür verantwortlich, dass sich qualitativ hochwertige Kontinenzförderung langfristig etabliert. Zertifizierte Kontinenzförderung als Teil der strategischen Ausrichtung, kann mit entsprechenden urotherapeutischen Angeboten einen zusätzlichen Marktvorteil sichern.

Wenn in der Zukunft eine patientenorientierte Kontinenzversorgung auf hohem qualitativem Niveau und unter Berücksichtigung pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse sichergestellt werden soll, muss sich die Urotherapie weiterentwickeln. Diese Herausforderungen sind gleichzeitig Chancen. Doch letztere bedeuten auch, dass UrotherapeutInnen das „Heft selbst in die Hand nehmen", sich den Veränderungen auf dem Gesundheitsmarkt sowie in dem jeweiligen Setting stellen und ihre Verantwortung für individuelle Kontinenzsicherung annehmen. Die Ziele sind und bleiben die Anerkennung dieser Pflegeexpertise sowie die qualifizierte Kontinenzförderung auf Augenhöhe mit allen anderen Mitgliedern des interprofessionellen Teams[12].
Die exakten statistischen Ergebnisse können bei der Autorin erfragt werden.

Kurzzitate

1 (vgl. Janhsen-Podien, 2022, o. S.)
2 (vgl. Hellström et al., 1997, S. 847 ff.)
3 (vgl. Nieuwhof- Leppink et al., 2021, S. 172)
4 (vgl. Janhsen-Podien, 2019, S. 10 ff.)
5 (vgl. Gratzl, 2011, S. 36 f.)
6 (vgl. Stein et al., 2019, S. 36)
7 (vgl. KgKs, o. J.).
8 (vgl. Hellström et al., 1997, S. 847 ff.).
9 (vgl. Nieuwhof-Leppink et al., 2021, S. 172; Janhsen-Podien, 2019, S. 10; Assis et al., 2019. S. 628 ff.; Gratzl, 2011, S. 16 ff.; Van Husen, 2021, S. 237 ff.; Schultz-Lampel et al., 2011, S. 613 ff.; Schultz-Lampel et al., 2016, S. 1619 ff.; Rübben, 2018, S. 27)
10 (vgl. Geissbuehler et al., 2021, 471 ff.; CERT iQ, 2022; Trecek et al.; 2019, S. 67 ff.)
11 (vgl. Schnepp et al., 2014, S. 57)
12 (vgl. Molzen et al., 2022, S. 10)

Literaturverzeichnis

Assis, G. M.; Da Silva, C. P. C.; Martins, G. (2019). *Urotherapy in the treatment of children and adolescents with bladder and bowel dysfunction: a systematic review. Journal de Pediatria (Rio J), 95(6), p. 628–641.*
CERT iQ (2022). *Zertifizierungsablauf Kontinenz und Beckenbodenzentrum. Erhebungsbogen. Checkliste Pflege. https://www.cert-iq.de/zertifizierung/die-zertifizierung/kontinenz-beckenbodenzentren/ (10. Juli 2022).*
Geissbuehler, V.; Forst, S.; Werner, M.; Schoenenberger, C. A.; Berner, R.; Betschart C. (2021). *Urotherapist activities in caring for patients with pelvic floor disorders: a prospective single-center observational study. Archives of Gynecology and Obstetrics, 303 (2), p. 471–479.*

Aus Platzgründen können nicht alle Quellen angegeben werden. Weitere Quellennachweise auf Anfrage bei der Autorin.

Autorin
Miriam Lefevre
Senior Clinical Advisor
Hollister Incorporated
Angewandte Psychologie B.Sc.
Examinierte Krankenschwester
Urotherapeutin
Diplomierte Beckenbodenkursleiterin nach BeBo®
Expertin für neurogene Darmfunktionsstörung
Online Trainerin nach FCT®
E-Mail: Miriam.Lefevre@Hollister.com

Bild: AdobeStock @ natali_mis

„Das CeraPlus™ Portfolio – ein Plus für meine Hautgesundheit!“

Die CeraPlus™ Stomaversorgung schützt die Haut dort, wo es am meisten darauf ankommt, dank einzigartiger Hautschutzformel mit wertvollen Ceramiden und flexibler Passform. Durch die ideale Kombination aus Hautschutz und Tragekomfort lässt sich das Leben mit der CeraPlus™ Stomaversorgung rundum genießen.
Schützt die Haut vom ersten Tag an.

Jetzt kostenlos Ihr Testprodukt sichern:
unter 0800 1015023 (gebührenfrei)
oder auf www.hollister.de/ceraplus

Lesen Sie vor der Verwendung die Gebrauchsanleitung mit Informationen zu Verwendungszweck, Kontraindikationen, Warnhinweisen, Vorsichtsmaßnahmen und Anleitungen.
Das Hollister Logo, CeraPlus und „Gesunde Haut. Gute Aussichten.“ sind Markenzeichen von Hollister Incorporated. Alle anderen Warenzeichen und Copyrights sind das Eigentum der jeweiligen Inhaber.
© 2022 Hollister Incorporated.
Remois ist eine Technologie der Alcare Co., Ltd.

CE Remois

CeraPlus™
Stomaprodukte

Hollister®

Stomaversorgung
Gesunde Haut. Gute Aussichten.

Ist eine fachgerecht, wirtschaftliche Ileumconduitversorgung im Rahmen sinkender Vergütungspauschalen für den Leistungserbringer möglich?

Demografischer Wandel in Deutschland, die Menschen werden älter und die Kosten für unser Gesundheitssystem steigen Dieser enorme Kostendruck macht sich auch bei der fachgerechten Versorgung von PatientInnen mit einem Ileum-Conduit bemerkbar. Steigende Rohstoffpreise, höhere Transportkosten, Lohnsteigerungen, um nur einige zu nennen, bei gleichzeitig stagnierenden Vergütungspauschalen stellen eine fachgerechte, wirtschaftliche Stomaversorgung für Nachversorgende auf eine harte Probe. PatientInnen mit einer inkontinenten Harnableitung benötigen zusätzlich zur Produktkategorie 29 Stoma des Hilfsmittelverzeichnisses des GKV -Spitzenverbandes (Spitzenverband Bund der Gesetzlichen Krankenkassen) auch Produkte der Produktkategorie 15 ableitende Inkontinenz. Unter welchen Voraussetzungen sind diese Betroffenen in Zukunft noch adäquat versorgbar? Welcher Service kann in der Betreuung geboten werden? Was bedeutet das für die Leistungserbringer, für die Versicherten? Welche Rolle spielt der Gesetzgeber, beziehungsweise die gesetzlichen Krankenkassen und welche Erwartungen bestehen diesbezüglich? Können neue Wege in der Stomaversorgung gegangen werden? Ein Thema, welches alle am Versorgungsprozess Beteiligten umtreibt.

Das Ileumconduit

Ein Ileumconduit wird erforderlich, wenn die harnableitenden Organe nicht mehr in der Lage sind, den Urin nach außen abzugeben. Dieser Fall tritt ein, wenn die Harnblase als Speicherorgan nicht mehr erhalten werden kann, die Harnwege geschädigt sind oder „trockengelegt" beziehungsweise entfernt werden müssen. Diverse Indikationen sind benigne oder maligne Tumore in der Blase oder im ableitenden System, die den reibungslosen Abfluss stören oder gar verhindern, Strikturen der ableitenden Harnwege, chronische rezidivierende Entzündungen der Harnblase wie die Interstitielle Zystitis, Traumata in Folge von Unfällen, angeborene oder durch Erkrankungen erworbene Nervenschädigungen. Die Ableitung von Urin über ein Dünndarmsegment, das Ileum-Conduit ist die bekannteste Form der inkontinenten Harnableitung (Goebel/Jeltsch, 2017, S. 54 - 62).

Überleitung

Nach der individuellen und zielgerechten Anleitung von Menschen mit einem Ileum-Conduit im stationären Setting und der Unterstützungsbedarfsanalyse aller Beteiligten im multiprofessionellen Team sollte frühzeitig begonnen werden einen Nachversorgenden für die Betroffenen zu vermitteln. Dabei steht die Wahlfreiheit der PatientInnen an erster Stelle. Nach Auswahl des Nachsorgeunternehmens stellen die Beauftragten rechtzeitig für die Überleitung (PflegeexpertInnen Stoma Kontinenz & Wunde, Sozialdienst und Andere je nach Verantwortlichkeitsstruktur des Hauses) den Erstkontakt zum gewählten Nachversorger her. Dabei sind unter anderem eine detaillierte Beschreibung des Betroffenen, seiner Erkrankung und Stomaanlage von Relevanz. Auch muss der Anleitungsstand im Umgang mit dem Stoma sowie notwenigen Materialien dargestellt werden. Bei Bedarf sollte in der Klinik ein erstes Kennenlernen mit der/dem AnsprechpartnerIn in der Häuslichkeit ermöglicht werden. Ein strukturiertes Dokument wie ein Überleitungsbogen kann dabei sehr hilfreich sein. Darin sind alle relevanten PatientInnendaten (persönliche Daten, Krankenkasse, Stomaart, Besonderheiten, etc.) und die bisher genutzten Versorgungsmaterialien aufgeführt. Nachversorgende haben damit die Möglichkeit alle Vorbereitungen für eine nahtlose Übernahme der PatientInnen zu treffen. Um dem ganzheitlichen Versorgungsansatz gerecht zu werden ist eine enge Abstimmung während des gesamten Überleitungsprozesses aller Beteiligten unabding-

bar, gegebenenfalls müssen weitere Professionen wie Pflegedienste und Andere organisiert werden. Versorgungslücken im ambulanten Setting und Drehtüreffekte können so vermieden werden. Ziel ist es, dass sich die Betroffenen nach dem Aufenthalt in der Klinik selbständig versorgen und selbstbestimmt leben können (Gruber/Droste, 2010, S. 63 - 64).

Hilfsmittelversorgung nach Entlassung

Damit die Betroffenen im häuslichen Umfeld ihr Ileumconduit bedarfsgerecht versorgen können benötigen diese nahtlos ihre zum Verbrauch bestimmten Hilfsmittel. Seit dem 1.10.2017 wird dies verbindlich durch den Gesetzgeber im Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a SGB V geregelt. Danach haben Krankenhäuser zur Gewährleistung eines reibungslosen Übergangs der PatientInnen mit komplexen Versorgungsbedarf, durch die Anwendung eines geeigneten Assessments den individuellen Bedarf für die Weiterversorgung möglichst frühzeitig zu erfassen und einen Entlassplan zu erstellen. Es ist klar definiert, dass bei der Aufstellung dessen auch die Notwendigkeit von verordnungsfähigen Hilfsmitteln zu prüfen ist.
Das Krankenhaus hat rechtzeitig vor der Entlassung die für die Gewährleistung des Entlassplans erforderliche Nachversorgung zu organisieren, die benötigten Leistungserbringer sind zu kontaktieren. Es ist möglich, für einen Zeitraum von sieben Tagen Hilfsmittel von einem Krankenhaus zu rezeptieren, wobei die Richtlinien der Richtgrößen des Gemeinsamen Bundesausschusses in der jeweils gültigen Fassung anzuwenden sind (§ 39 Abs. 1a SGB V Rahmenvertrag Entlassmanagement, 2022, S. 4 - 6).
Die Leistungserbringer verpflichten sich nach vertraglicher Regelung zur Versorgung mit zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln der Versicherten. Art und Umfang können demnach ganz unterschiedlich sein, geregelt wird dies im Vertrag gemäß § 127 Abs. 2 SGB V über die Versorgung mit Stomaartikeln. Des Weiteren ist zu beachten, dass *„[…] 4a) Die Leistungserbringer haben die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung zu beraten, welche Hilfsmittel und zusätzlichen Leistungen nach § 33 Absatz 1 Satz 1 und 4 für die konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet und notwendig sind. Die Leistungserbringer haben die Beratung nach Satz 1 schriftlich zu dokumentieren und sich durch Unterschrift der Versicherten bestätigen zu lassen. […] Im Falle des § 33 Absatz 1 Satz 6 sind die Versicherten vor der Wahl der Hilfsmittel oder zusätzlicher Leistungen auch über die von ihnen zu tragenden Mehrkosten zu informieren. […]"* (Bundesministerium der Justiz, 1988).

Beratungsleistung durch ‚Nachversorgende'

In der „Bekanntmachung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV - Spitzenverband) Fortschreibung der Produktgruppe 29 "Stomaartikel" des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 SGB V vom 01.04.2022 sind Beratungsleistungen klar definiert. Persönliche Beratung der Versicherten durch geschultes Fachpersonal über die für die jeweilige Versorgungssituation geeigneten und notwendigen Hilfsmittel sind zu gewährleisten. Bei Bedarf werden individuelle Beratungsgespräche vor Ort/am Wohnort der Versicherten durchgeführt. Einzelberatungen im Dienstleisterraum nach § 127 SGB V müssen in einem akustisch und optisch getrennten Bereich/Raum stattfinden. Über den Anspruch auf eine Betreuung ohne Mehrkosten müssen die Versicherten aufgeklärt werden. Den Versicherten wird kostenlos eine angemessene Auswahl an Hilfsmitteln zur Verfügung gestellt, die individuell auf den Versorgungsfall anwendbar sind. Dieses Gespräch einschließlich der mehrkostenfreien Versorgungsvorschläge sind in einem Dokument zu protokollieren, sofern in den Verträgen gemäß § 127 SGB V keine Ausnahmen für bestimme Versorgungsfälle geregelt sind. Wenn dennoch eine Versorgung mit Mehrkosten nötig wird, ist diese zu begründen und schriftlich festzuhalten. Es ist eine individuelle Bedarfserhebung und bedarfsgerechte Auswahl geeigneter Hilfsmittel unter Berücksichtigung von ärztlicher Verordnung, Indikation/Diagnose und Versorgungszielen durchzuführen.
Bei der Bedarfsermittlung und Auswahl sind insbesondere Stomaart, Hautbeschaffenheit, berufliche/private Tätigkeiten und Kleidungsgewohnheiten der versicherten Personen, sowie das Zusammenspiel mit anderen Hilfsmitteln, zu beachten (GKV - Spitzenverband, 2022).
Eine engmaschige Beratung in den ersten 3 - 6 Monaten bis zu einem Jahr postoperativ ist durch Nachversorgende sicherzustellen. Individuell und bedarfsgerecht werden Folgetermine vereinbart. Inhaltlich spielt nicht nur der fachgerechte Versorgungswechsel und die Versorgungsanpassung des Ileum-Conduits eine Rolle, vielmehr umfasst die Beratung auch Themen des alltäglichen Lebens, wie Ernährung und Trinkgewohnheiten, Beruf, Hobbys, Reisen, Sport, Sexualität, Intimität und viele mehr. Auch Komplikationen treten bei über der Hälfte der Betroffenen auf. Das Ileum-Conduit verändert sich postoperativ in Form und Größe. Es kann zu Komplikationen wie zum Beispiel einem toxisch irritativen Kontaktekzem oder Mykosen im parastomalen Bereich kommen, um nur einige zu nennen. Ein frühzeitiges Erkennen durch Betroffene und PflegeexpertInnen in der Nachsorge und daraus abzuleitende erforderliche Maßnahmen im Zusammenspiel mit weiteren Akteuren des multiprofessionellen Teams im Rahmen einer ärztlichen Diagnose können die Eskalation der Komplikation verhindern (Gruber, 2017, S. 119 - 120).

Hilfsmittelpauschalen

„Versicherte haben nach § 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V Anspruch auf Versorgung […] mit Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach §34 Abs. 4 SGB V ausgeschlossen sind […]" (Bundesministerium der Justiz, 1988).
Die Hilfsmittelversorgung ist als Sachleistungsprinzip der Versicherten nach §2 Abs. 2 Satz 3 SGB ausgestaltet, das bedeutet Versicherte erhalten medizinische Leistungen, ohne selbst in Vorleistung treten zu müssen.
Die gesetzlichen Krankenkassen kom-

men ihrer Versorgungsverpflichtung mit dem Abschluss von Verträgen mit den Leistungserbringern nach §127 SGB V nach. Bei der Vergütungsform der Hilfsmittelpauschale wird eine Pauschale für die gesamte Versorgung mit Hilfsmitteln vereinbart. Mit dieser Pauschale sind, je nach vertraglich geregelter Leistungsbeschreibung, alle Leistungen dieser Versorgung wie Materialien, Hausbesuche, Lieferungen, Verwaltungsgebühren sicherheitstechnische Kontrollen, Reparaturen, etc. im vertraglich definierten Versorgungszeitraum abgegolten. Die Krankenkassen bezahlen den Leistungserbringern die eindeutig definierten Leistungen für einen bestimmten Zeitraum. Anspruchsberechtigt sind alle Versicherten der gesetzlichen Krankenkasse (Deutsche ILCO, 2020, S. 4 - 5).

Hilfsmittelmonatspauschale im Stomabereich

Seit 2010 setzt die Versorgungsberechtigung für Hilfsmittel einen Vertrag zwischen dem Leistungserbringer und den jeweiligen Krankenkassen voraus. Die Krankenkassen handeln mit den Leistungserbringern eine Kostenpauschale in Euro aus, mit welcher diese durchschnittlich ihre ‚Stomakunden' monatlich entsprechend der vertraglich geregelten Qualitätsanforderungen versorgen können. Basierend auf dieser Kalkulation mit Festpreisen wird die Höhe der Vergütungspauschalen ermittelt (Stienhans, 2014, S.24). Alle Leistungen wie, notwendige Stomahilfsmittel, Beratung in Form von Hausbesuchen oder telefonisch, Betreuung, Belieferung postalisch, Dokumentation und weitere sind darin enthalten. Ziel dieser Regelung aus Sicht der Kostenträger ist, dass nur die notwendigen Stomaprodukte abgegeben werden und es zu keiner Überversorgung mit Materialien zur Steigerung der Profitabilität der Leistungserbringer kommt. Die Leistungserbringer sind demzufolge bestrebt, so effizient wie möglich den Produkteinsatz zu gestalten. Auch werden alle Leistungen neben dem Wareneinsatz genaustens analysiert und entsprechend kalkuliert. Die gesetzlichen Zuzahlungen für diese Verbrauchsmittel betragen höchsten 10 Euro pro Monat. Das heißt selbst wenn die Betroffenen zu ihrem Stoma noch eine weitere Versorgung mit zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln benötigen, (Produktkategorie 15 Inkontinenzhilfen) beträgt die Zuzahlung nur monatlich 10 Euro (Deutsche ILCO, 2020, S. 1). Die Leistungserbringer verpflichten sich, die im Vertrag vereinbarten Bedingungen zu erfüllen. Die Vertragsinhalte können im Detail von Kasse zu Kasse variieren.

Was deckt die Stomahilfsmittelmonatspauschale beim Ileum-Conduit Betroffenen ab?

Generell erfolgte eine individuelle Bedarfsermittlung und Auswahl geeigneter Hilfsmittel für die Ileumconduit Versorgung. Dabei spielen insbesondere Anlage des Stomas (Lage, Form etc.), die Hautbeschaffenheit, Kleidungsgewohnheiten und private/berufliche Aktivitäten eine Rolle. Die Möglichkeit der Bemusterung muss dem Versicherten eingeräumt werden, um verschiedene Produkte kennenzulernen beziehungsweise bei notwendigen Umstellungen die Produkte zu testen. Bei einer zweiteiligen Versorgung sind 10 Basisplatten im Monat üblich. Urostomiebeutel werden 30-31 Stück im Monat benötigt, da die Beutel aus hygienischen Gründen täglich gewechselt werden müssen. Eine Urinrücklaufsperre sowie ein Urinablaufventil müssen vorhanden sein. Demzufolge werden auch 30 Stück benötigt, wenn die Kunden ein einteiliges System nutzen. Hinzu kommen eventuell zusätzliche abdichtende Hilfsmittel wie Hautschutzringe, Modellierstreifen und Andere. Auch benötigen die Betroffenen einen Bein- und/oder Bettbeutel mit Ablasshahn, um einen möglichst ungestörten Tagnachtrhythmus zu erreichen. Beim Bein- und Bettbeutel handelt es sich meistens um Produkte der Produktgruppe 15. Nur wenige Hersteller haben auch ableitende Produkte in der Produktgruppe 29. Sämtliche Beratungs- und Einweisungsleistungen sind ebenfalls Bestandteil der Pauschale. Maßgeblich sind die Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, Fortschreibung der Produktgruppe 29 "Stomaartikel" des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 SGB V vom 01.04.2022. Die persönliche Beratung der Versicherten für das geeignete notwendige Stomahilfsmittel erfolgt durch geschulte Fachkräfte. (GKV - Spitzenverband Produktgruppe 29, 2022, S. 23 - 26). Alle Kosten, die im Zusammenhang mit der Logistik und Abrechnung entstehen, sind ebenfalls mit der Stomapauschale kompensiert.

Mehrverbrauch

Ein Mehrverbrauch von Materialien zur Urostomieversorgung kann gerade in der Anfangszeit nichts Ungewöhnliches darstellen. Die Betroffenen befinden sich noch in der Einstellungsphase mit denen für sie passenden Versorgungsmöglichkeiten. Eine Vielzahl von Problemen treten erst im häuslichen Umfeld auf, da sich die Stomaanlage in der postoperativen Phase verändert. Zudem kommen Veränderungen im Bewegungsablauf im häuslichen Milieu hinzu. Physiologische Ursachen, gepaart mit der noch fehlenden Routine des Versorgungswechsels - in dem Kontext kommt es zu oftmals zu häufigeren Versorgungswechseln - zumal vermehrt parastomale Hautkomplikationen wie ein toxisches Kontaktekzem auftreten können. Die Versorgungsempfehlung der Klinik wird im ambulanten Setting geprüft. Kliniken haben oftmals nicht alle Produkte und Systeme aus wirtschaftlichen und/oder kapazitären Gründen gelistet.
Das nachsorgende Unternehmen kann auf eine Vielzahl von Produkten zugreifen, welche für die Betroffenen unter Umständen besser geeignet sind. Eine individuelle, bedarfsgerechte Anpassung der Ileumconduitversorgung tritt der Gefahr des Mehrverbrauchs schon frühzeitig entgegen. So gilt es zu eruieren, ob die Betroffenen noch zusätzliche Materialien wie beispielsweise Hautschutzringe, die in der Einheilungsphase des Conduites benötigt wurden, zwingend erforderlich sind. Die Betroffenen müssen dahingehend geschult werden Veränderungen ihres Stomas und der parastomalen Haut wahrzunehmen, die richtigen Schlüsse zu ziehen und bei Bedarf fachlichen Rat einzuholen. Gerade in der Pauschalvergütung ist Achtsamkeit im Materialeinsatz existenziell, um wirtschaftlich, zweckmäßig agieren zu können. Nicht außer Acht gelassen werden, sollten auch anschließende onkologische Therapien und deren Folgen. Eine Vielzahl

von Nebenwirkungen, wie dem akneinformen Exanthem und Mykosen, um nur Einige zu erwähnen, bedingen oftmals auch ein Mehr an Versorgungsmaterialien. (Gruber/Karg-Stranginger 2017, S. 113 - 114). Nicht jedes Ileumconduit ist wie gewünscht, prominent, gut einsehbar, fernab von Falten und knöchernen Vorsprüngen angelegt.
Operationstechnische Defizite bei der Anlage des Conduites, schlechte und unvorteilhafte Positionierung, zu enge oder zu weite Durchtrittstelle an der Bauchdecke und das nicht Ausleiten am Musculus rectus abdominis begünstigen Probleme im zukünftigen Versorgungsmanagement der Betroffenen und verursachen im ungünstigsten Fall hohe Kosten für alle Beteiligten im multiprofessionellen Team (Goebell/Jeltsch, 2017, S. 57). Diese bedingen leider oftmals auch einen Mehrverbrauch von Materialien zur Stomaversorgung.
Bestenfalls werden Komplikationen frühzeitig erkannt und entschieden therapiert. Wie schon beschrieben, können Expertise in der Nachsorge durch PflegeexpertInnen SKW und eine gute Anleitung, Schulung und Beratung der Betroffenen dem Mehrverbrauch entgegenwirken. Persönliche Beratungsleistungen zum Verhalten, wie eine parastomale Hernie vermieden werden kann, gehören auch dazu. All diese oben genannten vermutlich entstehenden Mehrkosten gehen zu Lasten der Leistungserbringer, da es sich hier um medizinisch notwendigen Einsatz von Materialen und Beratungsleistungen handelt. *„[…] Wählen Versicherte Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, haben sie die Mehrkosten und dadurch höhere Folgekosten selbst zu tragen“* (§33 SGB V). Sind die Betroffenen trotz medizinischer und oder pflegerischer Indikation nicht dazu zu bewegen ihr Versorgungsregime zu ändern und dadurch mehr verbraucht wird als der Durchschnitts-bedarf, ist dieses Mehr an Kosten von den Versicherten selbst zu tragen (Deutsche ILCO, 2020, S. 7).

Fachgerechte Hilfsmittelversorgung - Ileumconduit aus Betroffenensicht

Da es sich in diesem Kontext um ein sehr individuelles Thema handelt und nicht alle Betroffenen zu verallgemeinern sind lohnt es sich hier diverse Betrachtungen führender Selbsthilfegruppen wiederzugeben. Die beiden führenden Selbsthilfeorganisationen in diesem Bereich sind die Deutsche ILCO e.V. (ILCO-Mitglieder: 5.807, 483 Betroffene mit Urostoma, stand 1.1.2023 lt. Homepage ILCO) und die Selbsthilfe Stoma-Welt e.V., welche als Interessenvertretung der Betroffenen gelten. Individualität in der Stomaversorgung ist gefragt und Rücksichtnahme auf Stomaart, Stomaumgebung, parastomale Haut, Früh- und Spätkomplikationen, Motorik, Begleiterkrankungen, der persönlichen Lebensumstände und weiteren Erschwernissen wie Dauerureterschienen, Vitamin B12 Mangel, etc.. Hier soll eine herstellerunabhängige Beratung fernab von wirtschaftlichen Interessen, um eine Vielzahl von marktüblichen Stomaprodukten zu erproben, gewährleistet werden.
Jeder Betroffene soll, die für sich medizinisch notwendige Menge in ausreichender Anzahl zur Verfügung haben. Auch ein leichter Überhang an Materialien (für ca. 7 Tage) muss vorrätig sein, um Eventualitäten wie parastomale Hautprobleme und dadurch häufigerer Wechsel ohne Versorgungsängste zu überstehen. Die Mengenanzahl zur Verfügung gestellter Hilfsmittel kann in Art und Umfang nicht pauschalisiert werden, da Ileumconduit Betroffene unterschiedliche Vorrausetzungen haben.
Es gilt die Teilhabe am öffentlichen Leben zu ermöglichen.
Die Betroffenen möchten ihr Leben mit Würde weiter bestreiten (ILCO, 2021). Eine im Jahr 2018 durchgeführte Befragung der ILCO - Mitglieder, in der 588 Fragebögen evaluiert wurden, darunter 89 Betroffene mit einer Urostomie, ergibt folgende Schlüsse: Mehr als die Hälfte aller Stomatragenden (54,4%) hat keine Probleme mit ihrer Versorgung. Das häufigste Problem bei den restlichen 45,6% waren „Undichtigkeiten“ (27,8%) gefolgt von Hautentzündungen (21,6%), unsichere Haftung (11,8%), Probleme beim Anbringen (4,9%) und Weitere. Eine aufschlussreiche Auswertung, wie häufig diese Probleme auftreten, konnte in der Befragung nicht eruiert werden. In der Befragung wurde auch nach der Unterstützung bei Problemen gefragt. 30% geben an, dass sie Hilfe durch StomatherapeutInnen erhielten. Weitere 30% helfen sich selbst, wissen aber um die Verfügbarkeit von Fachkräften des nachversorgenden Unternehmens. Dieses Ergebnis zeigt, wie wichtig die Unterstützung durch StomatherapeutInnen bei Problemen sind, um die Qualität der Stomaversorgung zu bessern. 19,5% bekommen Hilfe von Familienangehörigen und 13,3% wenden sich an ILCO - Mitarbeiter. Tatsächlich geben 12,4% der Befragten an, dass sie keine Hilfe bei Problemen hatten. Das ist ein besorgniserregendes Faktum, das Fragen nach der Qualität der Versorgung insgesamt stellt. Des Weiteren wurde gefragt, an wen sich Stomatragende generell wenden können - dabei waren Mehrfachnennungen möglich. 47,7% nannten StomatherapeutInnen /BeraterInnen, weitere 33,9% nannten ILCO - Mitarbeiter. Die Antwortvorgaben „ich kenne niemanden bzw. ich brauche niemanden“ wurde von erheblich weniger Betroffenen angekreuzt. Ein positiver Fakt ist, dass fast alle Befragten wussten, an wen sie sich wenden können. Die Gewichtung der Antworten reflektierte, dass Betroffene qualifizierte Hilfe erwarten. 80% sind generell mit der Stomaversorgung zufrieden. 88,8% sind zufrieden mit der Betreuung ihres Leistungserbringers. Auch nach einer wirtschaftlichen Aufzahlung wurde gefragt, wobei 90% der Befragten nicht aufzahlen. In diesem Zusammenhang wurden notwenige Aufzahlungen für Kompressen und diverse Pflegemittel aufgebracht (Renner, 2018, S. 49).

Fachgerechte, wirtschaftliche Hilfsmittelversorgung - Ileumconduit aus Sicht des nachversorgenden Unternehmens

In Deutschland ist die Versorgung im Stomabereich durch Homecare - Versorgung organisiert, diese können Sanitätshäuser, Apotheken, medizinischer Fachhandel oder die Industrie bzw. die Hersteller der Produkte selbst sein. Unter dem Begriff Homecare wird die Versorgung von kranken PatientInnen mit erklärungsbedürftigen Produkten bzw. Hilfsmitteln definiert.
Seit 2013 wächst der deutsche Homecare-Markt um ca. 2 Prozent, was ein moderates Wachstum darstellt. Somit

steigert sich sein Marktvolumen von 2.458 Millionen Euro im Jahr 2013 auf etwa 2.954 Millionen Euro im Jahr 2023. Dabei ist der Wachstumsmotor der Wundversorgungsbereich. Dagegen entwickelt sich der Versorgungsbereich Stoma negativ. 2015 betrug das Wachstum im Herstellermarkt noch 184 Millionen Euro, 2020 reduzierte er sich auf 175 Millionen. Alle wichtigen Hersteller informieren über steigende Absatzzahlen, jedoch auch von gleichbleibenden bis abnehmenden Umsätzen ihrer Produkte. Ein Grund dafür sind stagnierende Erstattungssätze (Pauschalen) und folglich ein zunehmender Preisdruck auf die Produzenten von Stoma - Artikeln durch die versorgenden Homecare Unternehmen im deutschen Markt. Nach Berechnungen von Summary Seven wird der Stoma - Markt bis 2023 um jährlich durchschnittlich um mehr als 1,1 Prozent sinken. Homecare Unternehmen sind auf eine möglichst lukrative Produktmarge angewiesen. Schließlich ist der Wareneinsatz eine der Hauptkostenkomponenten in der Stomaversorgung. Bei der Versorgung von Ileum-Conduit Betroffenen ist der Anteil des Wareneinsatzes höher als bei Kolstomie und Ileostomieversorgungen, da Bettbeutel oder ggf. Beinbeutel und Halterungen benötigt werden. (Summary Seven Healthcare Consulting, 2022). Die Stomaversorgung mit den Produkten geht immer einher mit der Erbringung von Dienstleistung rund um das Hilfsmittel. Um diesen Aufwand ökonomisch zu gestalten, muss die Zahl der zu Versorgenden ausreichen, um Fachpersonal und Logistik entsprechend vorhalten zu können (Voshage, 2017).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass aktuell die Versorgungssituation von Betroffenen mit Ileumconduit aus Sicht der Krankenkassen und Versicherten laut der beschriebenen Umfragen zufriedenstellend scheint. Der Gesetzgeber hat die letzten Jahre durch diverse Novellierungen zumindest Rahmenbedingungen geschaffen, welche eine qualitative hochwertige Versorgung von Ileumconduit Betroffenen vorerst sichern. Aufgrund der angespannten finanziellen Lage der gesetzlichen Krankenkassen und den Kostensteigerungen der letzten Jahre in der Hilfsmittelbranche von 4 - 6% ist davon auszugehen, dass neue Vertragsabschlüsse nicht die erhofften finanziellen Spielräume der nachversorgenden Unternehmen erhöhen.

Der Markt wird sich weiterhin auf die großen Nachsorgeunternehmen konsolidieren. Kritisch zu hinterfragen ist, inwieweit das jetzige Erstattungssystem noch zeitgemäß ist und wie es verändert werden kann.

Literatur

Bertram, Norbert (2022): VVHC-Pressemeldung 03/2022. Hamburg – Kostensteigerungen im Bereich Homecare – VVHC wünscht sich mehr Bereitschaft der Krankenkassen für gemeinsame Lösungen. [https://www.vvhc.info/Doks/News/pdf/220711_Pressemeldung%203-22_VVHC_Kassen_Tempor%C3%A4re%20Aufschl%C3%A4ge_V2.pdf]. Zugriff am 24.04.2023.

Bundesministerium der Justiz (1988): Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) § 127 Verträge. [https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/__127.html]. Zugriff am 04.04.2023.

Deutsche ILCO (2020): Hilfsmittelversorgung. Gesetze mit Auswirkungen auf die Stomaversorgung. [https://www.ilco.de/fileadmin/user_upload/Infomaterial__Flyer_etc/SozInfo_Hilfsmittelversorgung_2020-01neu.pdf]. Zugriff am 06.04.2023.

Deutsche ILCO (2021): Stellungnahme zur Notwendigkeit einer individuellen, aber medizinisch notwendigen Versorgung im Rahmen von Versorgungspauschalen. [https://www.ilco.de/fileadmin/user_upload/Interessenvertretung/SN_Individuelle_Versorgung_2021.pdf]. Zugriff am 04.04.2023.

GKV - Spitzenverband (2022): Bekanntmachung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. Fortschreibung der Produktgruppe 29 "Stomaartikel" des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 SGB V vom 01.04.2022. [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hilfsmittel/fortschreibungen_aktuell/04_2022/20220401_Fortschreibung_der_Produktgruppe_29_Stomaartikel.pdf]. Zugriff am 04.04.2023.

GKV - Spitzenverband (2022): Vierter Bericht über die Entwicklung der Mehrkosten bei Versorgungen mit Hilfsmitteln gemäß § 302 Absatz 5 SGB V. [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hilfsmittel/mehrkostenberichte/20220720_Mehrkostenbericht_Hilfsmittel_2021.pdf]. Zugriff am 06.04.2023.

Goebell, J. Peter PD Dr./ Jeltsch, Silke (2017): Urologische Indikationen und OP-Techniken. In: Gruber, Gabriele (Hrsg., 2017): Ganzheitliche Pflege bei Patienten mit Stoma. Praxis und Beratung – stationär und ambulant. Berlin: Springer; S. 54 - 62.

Gruber, Gabriele (2017): Pflege bei Urostoma und kontinenten Harnableitungen. Ileum-Conduit. In: Gruber, Gabriele (Hrsg., 2017): Ganzheitliche Pflege bei Patienten mit Stoma. Praxis und Beratung – stationär und ambulant. Berlin: Springer; S. 115 - 120.

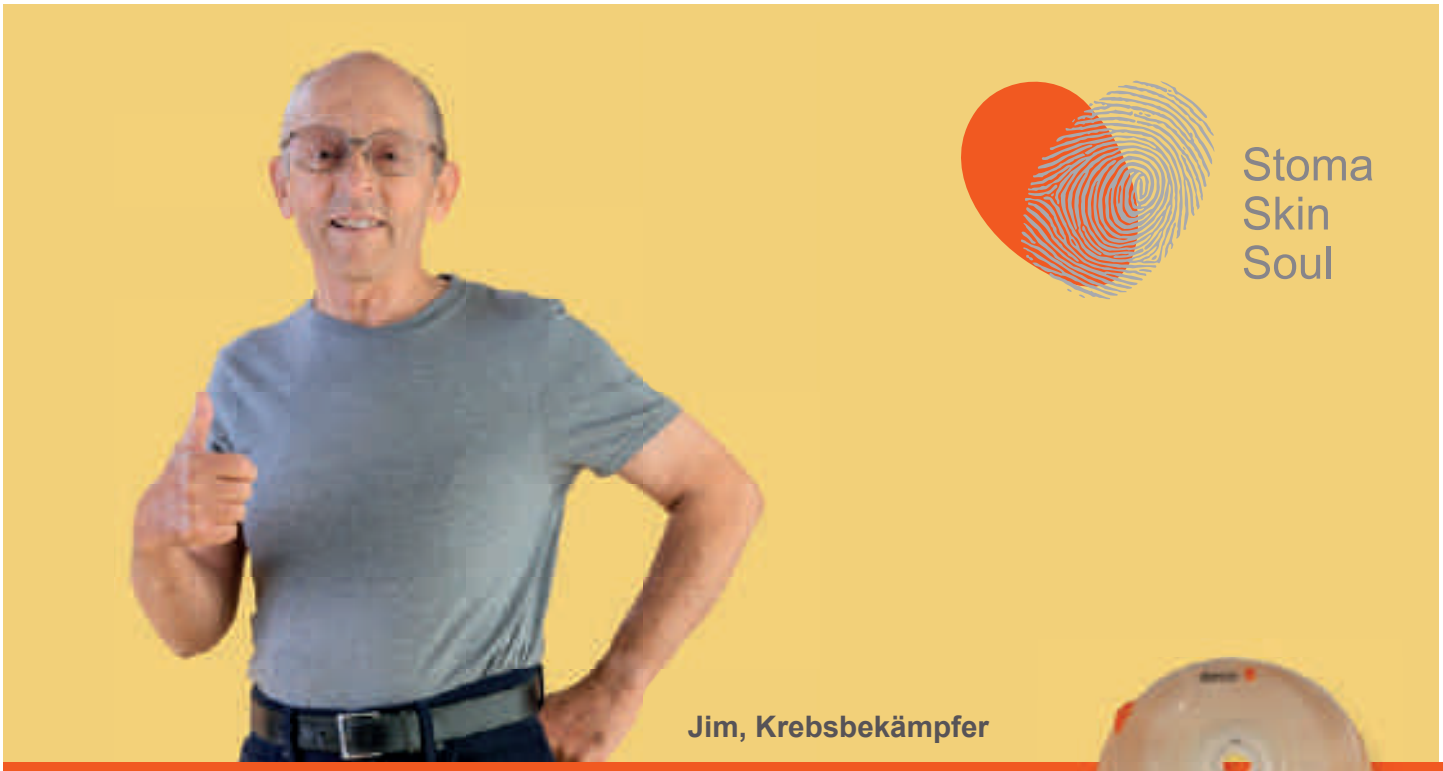
Gruber, Gabriele/ Droste, Werner (2010): Sektorenübergreifender Leitfaden Stomatherapie. Anleitung und Schulung zur Selbstversorgung bei Urostomie. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

Haubrock, Manfred (2020): Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik. Lehrbuch für Führungskräfte in der Gesundheitswirtschaft. 1. Auflage. Bern: Hogrefe.

Renner, Andreas (2018): Am Anfang verschiedene Probleme – Anbringen, Haftung, Hautentzündungen …. [https://www.ilco.de/fileadmin/user_upload/ILCO_Praxis/ilco-praxis-04-2018-auszug-befragung-stomaversorgung.pdf]. Zugriff am 16.04.2023.

Aus Platzgründen können nicht alle Quellen angegeben werden. Weitere Quellennachweise auf Anfrage beim Autor.

Autor
Sebastian Runge
Pflegeexperte Stoma Kontinenz Wunde
Gesundheits- und Krankenpfleger
Wundexperte ICW
Hygienebeauftragter in der Pflege
E-Mail: deseru@coloplast.com



Stoma
Skin
Soul

Jim, Krebsbekämpfer

Wohlfühlen in der eigenen Haut

Die neue NovaLifeTRE™ Urostomie-Versorgung

Die NovaLife TRE™ Hautschutzplatte enthält Superabsorber und wurde dafür entwickelt, bei Feuchtigkeit aufzuquellen und sich auszudehnen*. Damit bietet sie eine sichere Abdichtung um das Stoma herum, die auf natürliche Weise zur Gesunderhaltung der Haut beiträgt. Zusätzlich zu den Vorteilen der TRE™ Technologie wurde unsere neue Urostomie-Versorgung so konzipiert, dass sie mehr Diskretion und Komfort** bietet.
Neben der neuen einteiligen Urostomie-Versorgung in plan, konvex und soft konvex gibt es auch eine neue zweiteilige Urostomie-Versorgung.

* Dansac-Daten in den Akten, LN-06224, 07/22
** Im Vergleich zur Nova™ Stomaversorgung

Kontaktdaten für AnwenderInnen und Angehörige
Telefon: 0800/888 33 88 (gebührenfrei)

Mo.–Do.: 8:00 Uhr–17:00 Uhr
Fr.: 8:00 Uhr–14:00 Uhr

E-Mail: beratungsteam@dansac.com

Kostenfreie Musterbestellung unter www.dansac.de

Dansac Stoma Navi –
die tägliche Begleitung in der Stomaversorgung
Die App hilft Pflegekräften in der Beratung und liefert wichtige Informationen für die PatientInnen.

Laden im App Store
JETZT BEI Google Play

Dieses Testimonial erhielt von Dansac eine entsprechende Vergütung.

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

Dansac, das Dansac Logo, NovaLife und TRE sind Markenzeichen der Dansac A/S.
© 2023 Dansac A/S

CE

dansac

DEWU

Deutscher Wundkongress & Bremer Pflegekongress

Mehr als 250 Vorträge für Fachleute aus Medizin, Pflege, Wundversorgung, Forschung und Gesundheitswirtschaft

Vom 15. bis 17. Mai 2024 findet in Bremen der DEWU Deutsche Wundkongress & Bremer Pflegekongress in der MESSE BREMEN und im Congress Centrum Bremen statt. Zum 18. Mal wird Bremen zum Treffpunkt für Fachleute aus Medizin, Pflege, Forschung und Gesundheitswirtschaft aus dem deutschsprachigen Raum.

Im Mittelpunkt der Veranstaltung stehen aktuelle Entwicklungen in der Wundversorgung und im Wundmanagement, Innovative und auch bewährte Therapienoptionen, neue Forschungsergebnisse und nachhaltige Pflegekonzepte. Der DEWU, das bundesweit größte Forum zum Thema chronische Wunden, firmiert in diesem Jahr u.a. thematisch unter den Schlagworten Partizipation, Perspektiven, Patientensicherheit, Praxis und Pflegeforschung. Der Bremer Pflegekongress beschäftigt sich mit dem vielschichtigen Thema der „Herausforderung Nachhaltigkeit“ in der Pflege.

Mit mehr als 250 Fachvorträgen nimmt der Kongress das interdisziplinäre und komplexe Thema Chroni-

sche Wunden und Pflege auf und bietet für die unterschiedlichsten Fachdisziplinen spezielle Vortragsangebote.

Unter der Kategorie Basics meet Praxis etwa präsentiert Prof. Dr. Jan Kottner, vom Institut der Pflegewissenschaft der Charité Berlin, evidenzbasiertes Wissen zur Hautpflege im Rahmen eines interaktiven Seminars zum neuen Expertenstandard mit dem Thema Förderung und Erhaltung der Hautintegrität. Neben dem Angebot von „Praxis“ und „Hands-on“ wendet sich der Kongress übergreifenden Fragen der Pflegeforschung zu und lotet die Perspektive der Akademisierung der Pflege aus. Zudem rückt die Wundversorgung im niedergelassenen und ambulanten Bereich in den Blickpunkt. Dabei wird die Rolle der Politik und der Krankenkassen beleuchtet, wie diese die Wundversorgung in der Praxis verbessern und strukturell effizienter gestalten können.

Zudem präsentieren mehr als 110 ausstellende Unternehmen und Institutionen innovative Produkte und Dienstleistungen in der fachbegleitenden Ausstellung. Rund 4.000 Fachbesucher:innen aus Forschung und medizinischer sowie pflegerischer Praxis werden erwartet.

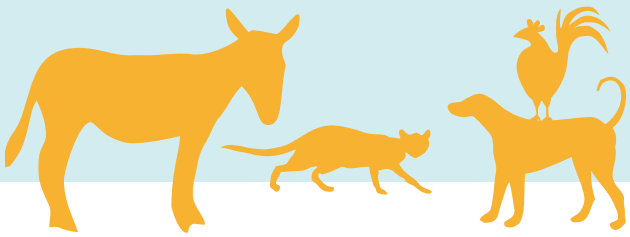
Die Eintrittspreise beinhalten den Zutritt zu beiden Kongressen, sowie die Möglichkeit zum Erwerb von Fortbildungspunkten.
Der Frühbuchertarif ist noch bis Ende Februar gültig.

Weitere Informationen finden Sie unter www.deutscher-wundkongress.de & www.bremer- pflegekongress.de.

SAVE THE DATE
15. – 17. Mai 2024
Messe und Congress Centrum Bremen

Jetzt kostenfrei zum Newsletter anmelden!

CONGRESS BREMEN



DE WU

DEUTSCHER WUNDKONGRESS
in Kooperation mit der Initiative Chronische Wunden e. V.
Partizipation Perspektiven
Patientensicherheit Praxis
Pflegeforschung
www.deutscher-wundkongress.de

BREMER PFLEGEKONGRESS
Herausforderung
Nachhaltigkeit
www.bremer-pflegekongress.de

convatec
– forever caring –

ESTEEM™+ Soft Convex

Mehr Komfort und Flexibilität mit Esteem™ + Soft Convex

Flexibilität kombiniert mit einer zuverlässig abdichtenden Konvexität – entwickelt für Ihren Komfort

- passt sich flexibel an den Körper an.
- erleichtert das Entleeren und Reinigen.
- in drei Kegeldurchmessern erhältlich.

Scannen Sie den QR-Code und fordern Sie kostenlose Muster von Esteem+ Soft Convex an.

ConvaTec (Germany) GmbH
Gisela-Stein-Straße 6
81671 München
Telefon: 0800 / 78 66 200

ConvaTec (Austria) GmbH
Schubertring 6
1010 Wien
Telefon: 0800 / 21 63 39

ConvaTec (Switzerland) GmbH
Mühlenstraße 38
8200 Schaffhausen
Telefon: 0800 / 55 11 10

AP-62689-DEU

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. 93 · 12/2023

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

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

Initiative Chronische Wunden e.V.
Wipertistr. 1a, 06484 Quedlinburg
Tel: +49 (0) 6455 75 93 96 5 – www.icwunden.de

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

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

Selbsthilfe Stoma-Welt e.V.
Berliner Str. 24
55457 Gensingen
verein@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
Frau Katharina Schmidt
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

Diakonisches Institut für Soziale Berufe
Frau Birgit Muth
Bodelschwinghweg 30
89160 Dornstadt
E-Mail: info@diakonisches-institut.de
www.diakonisches-institut.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. - Selbsthilfe Stoma/Darmkrebs
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

Renate Döbrich, Franziska Wanger

Chronische Schmerzen – ein gutes Leben jetzt erst recht

Anleitungen und Hilfen, um selbstbestimmt neue Wege zu gehen

Verlag: Hogrefe AG
25. September 2023
214 Seiten, Taschenbuch
ISBN: 978-3-45686-29-72 / € 43,90

Menschen mit chronischen Schmerzen finden in diesem Ratgeber viele motivierende Impulse für einen individuellen, gesundheitsfördernden Umgang mit der Krankheit. Die beiden Autorinnen verbinden fachliches Wissen mit persönlichen Erfahrungen. Sie beschreiben nachvollziehbar, wie beglückend es für Betroffene sein kann, das Leben trotz der Schmerzen wieder in seiner Vielfalt und Buntheit für sich zu entdecken und zu gestalten.

- Umfassende, leicht verständliche Informationen und erklärende Illustrationen machen den Unterschied zwischen akutem und chronischem Schmerz verständlich.
- Zusammenhänge zwischen körperlichen, psychischen und sozialen Faktoren werden anschaulich beschrieben.
- Konkrete Anleitungen zu alltagstauglichen Selbsthilfemöglichkeiten und -techniken sollen Betroffene zu einem aktiven Umgang mit der Krankheit ermutigen.

Die Auseinandersetzung mit dem chronischen Schmerz fordert oftmals auch eine Auseinandersetzung mit sich selbst.

Dr. Wolfram Gössling, Doris Mendlewitsch

Am Leben bleiben

Ein Onkologe bekämpft seinen Krebs

Verlag: Rowohlt Taschenbuch
16. Mai 2023
240 Seiten, Taschenbuch
ISBN: 978-3-49900-60-50 / € 20,00

Der renommierte Krebsarzt und -forscher Wolfram Gössling war Mitte vierzig, als bei ihm ein extrem seltener, extrem tödlicher Krebs diagnostiziert wurde. Der Krebs, den zu bekämpfen er sich zur Lebensaufgabe gemacht hatte, bestimmte nun sein eigenes Leben. Hier erzählt er von der traumatischen Behandlung und seiner unwahrscheinlichen Heilung; von seiner Arbeit als Arzt und seinem Dasein als Patient, Ehemann und Vater von vier Kindern. Er spart dabei auch seine Ängste, die Trauer und die Wut nicht aus und erzählt, wie sehr diese Erfahrungen sein Handeln als Arzt beeinflusst haben: Er weiß nun, was seine Patienten durchmachen. Wolfram Gössling berichtet, wie seine Erkrankung der Arbeit in seiner Forschungsgruppe eine neue Richtung gegeben und die Ausbildung seiner Medizinstudenten verändert hat. Vor allem aber ist Gösslings Buch ein Plädoyer für die Hoffnung. Denn er weiß: Betroffene brauchen Positivgeschichten. Trotz und alledem.

Ute Schmuck

Beckenbodentraining für Männer

Harninkontinenz und Erektionsstörungen mindern und überwinden

Verlag: DuMont Buchverlag GmbH
17. Mai 2022
340 Seiten, Taschenbuch
ISBN 978-3-83216-63-35 / € 13,00

Setzen Sie Ihre Beckenbodenmuskulatur bewusst ein!
Gezieltes Beckenbodentraining hilft bei Blasenschwäche, Erektionsstörungen und Prostataerkrankungen. Dieses seit vielen Jahren bewährte und beliebte Buch zeigt Ihnen sehr anschaulich, wie Sie Ihre Beckenbodenmuskulatur bewusst einsetzen und stärken. Abgestimmt auf die oft notwendige Reha-Maßnahme nach Prostatektomie und ideal zur eigenständigen Vorsorge oder als begleitende Therapie bei organisch bedingten Erektionsstörungen.
Das erwartet Sie in Beckenbodentraining für Männer:

- Über 80 leicht nachvollziehbare und vielfach praxiserprobte Beckenboden-Übungen
- Über 230 Fotos, die veranschaulichen, worauf es bei der Durchführung einzelner Bewegungen ankommt
- Videos zu ausgewählten Übungen - direkt abrufbar über einen QR-Code im Buch

Hier könnte auch
Ihr Buchbeitrag
veröffentlicht werden.

Weiterbildung zur / zum Pflegeexpertin / Pflegexperten Stoma, Kontinenz und Wunde im FORUM Gesundheit

Lünen, 22.09.2023

Nach vielen Monaten haben Ende September insgesamt 15 Pflegefachkräfte die Weiterbildung Pflegeexpertin/ Pflegeexperte Stoma, Kontinenz und Wunde (PE SKW) erfolgreich abgeschlossen. Sie haben sich intensiv und mit viel Engagement die anspruchsvollen Inhalte der Weiterbildung angeeignet und dies nicht nur durch ihre hervorragenden Facharbeiten zum Ausdruck gebracht. Die gemeinsame Lernzeit und die Herausforderungen haben bei den Teilnehmenden auch auf persönlicher Ebene dazu beigetragen, die individuellen Kompetenzen zu erweitern und starke Selbstwirksamkeitserfahrungen zu sammeln. Dies manifestierte sich nicht nur in der gestärkten Gruppendynamik, sondern zeigte sich auch in der Art und Weise, wie die Facharbeiten während der Kolloquien präsentiert wurden. Insbesondere für die Aufgabe der Beratung im Rahmen der Tätigkeit als Pflegeexpertin/Pflegeexperte Stoma, Kontinenz und Wunde sind diese Erfahrungen sicherlich sehr bedeutsam. Denn neben den fachlichen Kompetenzen und dem inhaltlichen Fachwissen spielt auch die eigene professionelle Haltung eine wesentliche Rolle. Die Herausforderung für ihre berufliche Zukunft wird darin bestehen, diese Erfahrungen wirksam in die Praxis umzusetzen.

Ein besonderer Dank geht an Herrn Werner Droste (stellv. Vorstandsvorsitzender) und Herrn Anton Münster (pädagogische Leitung der Weiterbildung), die neben Katharina Schmidt (Leitung FORUM Gesundheit) den Prüfungsausschuss gebildet haben. Außerdem an alle an der Weiterbildung mitwirkenden Dozentinnen und Dozenten, die mit Ihrer Fachexpertise und Berufserfahrung zu einer lebendigen Weiterbildungsatmosphäre beigetragen haben!

Der Vorstand der FgSKW e.V. und die Mitarbeiterinnen des FORUM Gesundheit wünschen allen Teilnehmenden viel Freude in der Umsetzung des Gelernten und gutes Gelingen in der weiteren beruflichen Tätigkeit!

Herzlichen Glückwunsch!

Katharina Schmidt
Leiterin FORUM Gesundheit

Deutsche Angestellten-Akademie GmbH

DAA Kassel

Liebe Leser und Leserinnen,

Unsere pädagogische Leitung für den Weiterbildungskurs zum Pflegeexperten(-in) Stoma, Kontinenz und Wunde, Frau Andrea Schmidt-Jungblut, ist in ihren wohlverdienten Ruhestand gegangen. Wir danken ihr im Namen aller Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Deutschen Angestellten Akademie für ihr außergewöhnliches Arbeitsengagement und wünschen Frau Schmidt-Jungblut für ihren Ruhestand alles Gute. Alle Teilnehmenden ihres letzten Weiterbildungslehrganges konnten den Titel zum Pflegexperten(-in) erfolgreich am 08.08.2023 erwerben. Wir wünschen unseren ehemaligen Weiterbildungsteilnehmenden alles Gute für die Zukunft.

Gleichzeitig möchte ich mich als die neue pädagogische Leitung des Weiterbildungskurses zum Pflegeexperten(-in) Stoma, Kontinenz und Wunde an der Deutschen Angestellten Akademie (DAA) am Standort Kassel vorstellen. Mein Name ist Julia Opper und ich bin seit dem 01.05.2023 ein Teil der Deutschen Angestellten Akademie am Standort Kassel und im Bereich der Fort- und Weiterbildung tätig. Ursprünglich bin ich gelernte Gesundheits- und Krankenpflegerin. Mein staatliches Examen habe ich im Jahr 2019 erfolgreich beendet.
Im Anschluss absolvierte ich ein berufsbegleitendes Fernstudium der „Medizinalfachberufe Bachelor of Arts" an der Diploma Fachhochschule. Meine pflegerische Berufserfahrung sammelte ich auf einer urologischen Station in der Region Kassel. Nach meinem Bachelorabschluss koordinierte ich 1 Jahr das bilinguale Medizinstudienprogramm an der Kassel School of Medicine. Zurzeit studiere ich nebenberuflich den Masterstudiengang „Gesundheits- und Pflegepädagogik" an der internationalen Hochschule (IU) im Fernstudienformat.

Informationen zum aktuellen Weiterbildungslehrgang zum Pflegeexperten(-in) Stoma, Kontinenz und Wunde

Der nächste Weiterbildungskurs zum Pflegeexperten(-in) Stoma, Kontinenz und Wunde ist am 30. Oktober 2023 erstmalig unter meiner Leitung gestartet. Die berufsbegleitende Weiterbildung dauert insgesamt 1,5 Jahre. Nach Absolvierung des Weiterbildungslehrgangs werden die Teilnehmenden qualifiziert, Menschen jeglichen Alters mit Entero- und Urostomieanlagen, mit Harn- und Stuhlinkontinenz sowie kompliziert heilenden und chronischen Wunden in ihren alltäglichen Abläufen und Belangen professionell zu versorgen. Im Rahmen der Weiterbildung wird das Basis-Curriculum der ICW chronische Wunden e. V. umgesetzt, wodurch die Teilnehmenden ebenfalls das Zertifikat zum Wundexperten(-in) erhalten. Als weitere Zusatzqualifikation erhalten die Teilnehmenden den Kursleiterschein für progressive Muskelentspannung nach Jacobsen (PMR), der von den Krankenkassen anerkannt ist und zur Durchführung von Präventionskursen berechtigt.

Sie interessieren sich für unser Weiterbildungsangebot zum Pflegeexperten (-in) Stoma, Kontinenz und Wunde?

Im Mai 2025 bietet die Deutsche Angestellten Akademie erneut den nächsten Weiterbildungslehrgang zum Pflegeexperten(-in) Stoma, Kontinenz und Wunde an.
Bei weiteren Fragen bezüglich des Weiterbildungslehrgangs stehe ich Ihnen gerne unter den folgenden Kontaktdaten zur Verfügung:

Deutsche Angestellten-Akademie GmbH
DAA Kassel
Angersbachstr.4
34127 Kassel

Ansprechpartnerin:
Frau Julia Opper
Telefon: 0561 80706181
E-Mail: Julia.Opper@daa.de

Internet:
www.daa-kassel.de,
www.facebook.com/daa.kassel

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 Julia Opper
Angersbachstr. 4
34127 Kassel
Tel.: + 49 561 807 06 0
Fax: 0561 80706-188
E-Mail: Julia.Opper@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

Rodday Wundmanagement

Bilder: Hersteller, © Casther – Fotolia.com

Die Rodday Wundmanagement GmbH ist mit über 350 Mitarbeitenden deutscher Marktführer in der Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden und Wundheilungsstörungen.

In Deutschland leiden bis zu 4 Millionen Menschen an schlecht-heilenden oder chronischen Wunden – mit steigender Tendenz. Die Lebensqualität dieser Patienten deutlich zu verbessern, hat sich Rodday zum Ziel gemacht und möchte dabei neue Maßstäbe in der Wundversorgung setzen.

Das familiengeführte Unternehmen mit Hauptsitz in Eichstetten am Kaiserstuhl und einer Niederlassung im sächsischen Coswig, bietet deutschlandweit Therapieempfehlungen und Anleitungen für eine moderne und zeitgemäße Versorgung von chronischen Wunden. Zugleich erleichtert ein umfassendes Serviceangebot die Arbeit von medizinischen Fachpersonen und Kostenträgern. *„Wir stehen für Qualität und Verantwortung – für unsere Partner, unsere Patienten und für unsere Mitarbeitenden.“*, so Geschäftsführer Steffen Rodday.
Mit seinem deutschlandweit größten Team an speziell ausgebildeten Wundmanager, steht es an der Seite der Behandelnden. Die Spezialisten beraten kostenfrei Ärzte, Pflegedienste, Pflegeheime, Krankenkassen und Patienten zu allen Belangen rund um chronische Wunden und Wundheilungsstörungen – vom Beginn der Behandlung bis zur Abheilung.
Das Produktsortiment umfasst ein weitgefächertes, herstellerunabhängiges Angebot von über 2.500 Produkten. Dadurch kann das, für die jeweilige Therapie beste Produkt angeboten werden. Die Abrechnung erfolgt üblicherweise direkt mit den Kostenträgern. Die Bestellung der Produkte und die Abrechnung mit den Krankenkassen sind jederzeit transparent und nachvollziehbar. Auch hierbei arbeiten die Wundmanager mit dem medizinischen Fachpersonal zusammen.
Durch die regelmäßigen Vorort-Konsultationen und das umfangreiche Schulungsangebot, wird die hohe Qualität der Wundversorgung durch Rodday dauerhaft gesichert.

Die jeweils optimale Therapie wird gemeinsam mit den behandelnden

Disziplinen entschieden. Die Wunde wird laufend kontrolliert, dokumentiert und die Therapie bei Bedarf angepasst.
Es wird darüber hinaus regelmäßig über den Verlauf der Heilung informiert.
Klinikpatienten werden bereits in der Überleitung übernommen und die Folgetherapie mit dem Hausarzt abgesprochen. Dadurch entstehen keine Lücken in der Wundversorgung.

Um den positiven Heilungsverlauf einer Wunde zu gewährleisten, bedarf es jedoch neben dem richtigen Verbandsmaterial und der optimalen Wundversorgung auch einer effizienten Unterstützung aller behandelnden Disziplinen z. B. Hausärzte, Fachärzte, Kliniken, Pflegedienste, Sanitätshäuser, Podologen und anderer Spezialisten. Rodday geht deshalb noch einen Schritt weiter: Seine Wundmanager verbinden alle behandelnden Disziplinen zu einem unterstützenden Netzwerk.

In unserem heutigen Gesundheitssystem ist die richtige Balance aus Qualität und Wirtschaftlichkeit besonders wichtig. Die Mitarbeiter von Rodday haben darauf ein besonderes Augenmerk, denn sie kennen die Abläufe und den Rahmen, in dem medizinische Fachpersonen täglich arbeiten, aus der eigenen beruflichen Erfahrung.

Bereits seit der Unternehmensgründung 2005 ist das Team aus begeisterten Mitarbeitern ein wichtiger Teil des Erfolgsrezeptes von Rodday. *„Wir pflegen ein wertschätzendes Miteinander und unterstützen die Mitarbeitenden so, dass sie alle Dienstleistungen in hoher Qualität und mit Leidenschaft erbringen. Eine große Rolle spielen für uns Offenheit, Menschlichkeit und Erfahrung.*
Unsere Leistungsstärke und Fachkompetenz runden wir mit regelmäßigen Fortbildungen und unseren Produkten auf dem stets neuesten Stand der modernen Wundversorgung ab.“, so Geschäftsführer Steffen Rodday.
Weitere Entwicklungen im Serviceangebot sind der derzeitige Ausbau der digitalen Wundvisite und des Netzes an ambulanten Wundzentren.
Auch hierbei stehen immer die Kundenbedürfnisse im Fokus.
Das dieser Fokus der Richtige ist, hat sich bereits gezeigt, denn mit seinem entsprechenden Serviceangebot hat Rodday bereits mit vielen Partnern eine langfristige und vertrauensvolle Zusammenarbeit aufgebaut.

Rodday Wundmanagement

IMMER GUT VERBUNDEN

Das deutschlandweit größte Team an Wundmanagern ist für Sie da. Rodday bietet Ihnen Therapieempfehlung und Anleitung rund um die Versorgung von chronischen Wunden und Wundheilungsstörungen.

- Kostenfreie Beratung zu allen Belangen rund um die Wundheilung
- Regelmäßige Wundvisiten durch unsere spezialisierten Wundmanager zur Sicherung des Heilungserfolges
- Individuelle Wunddokumentationen, die den Anforderungen einer Prüfung durch die Krankenversicherung entsprechen
- Herstellerunabhängiges Angebot an 2.500 Produkten für die moderne Wundversorgung
- Portofreie Lieferung von Verbandsmaterialien
- Kostenloser Rezeptversand
- Schulungen und Weiterbildungen zur modernen Wundversorgung
- Rodday ist an jedem Ort gut vernetzt und schafft Synergien

Mit fast 20 Jahren Erfahrung im modernen Wundmanagement steht Rodday an Ihrer Seite.
Wir freuen uns auf Sie als Partner.

Kontaktieren Sie uns.

Tel 07663 6050-0
service@rodday-wundmanagement.de
www.rodday-wundmanagement.de

Die nächste Ausgabe Ihrer

MagSi® Magazin
Stoma · Kontinenz · Wunde

erscheint im April 2024

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

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 04 56
E-Mail: brigitte.sachsenmaier@pflegeexperten-wissen.de

Gestaltung
Spectra – Design & Verlag
Eichenstraße 8
73037 Göppingen
Tel.: (07161) 78 925
Fax: (07161) 13 780
E-Mail: info@spectra-design.de

Druck
HEWEA-Druck GmbH
Haldenstraße 15, 45966 Gladbeck
Tel.: (0 20 43) 46 006
Fax: (0 20 43) 47 434
E-Mail: info@heweadruck.de

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

Abonnement
Bezugspreis Jahresabonnement
Inland- und Ausland
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 Jahresschluss gekündigt werden.

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

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

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

Geschäftsbedingungen
Das MagSi® Magazin
Stoma – Kontinenz – Wunde,
die Fachzeitschrift für Pflege, Fortbildung und Berufspolitik ist aktuell, innovativ und unabhängig. Sie ist das Organ der FgSKW (Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde) e.V. Die Mediadaten, Anzeigenpreisliste und Geschäftsbedingungen können gerne bei der Redaktion oder beim Herausgeber angefordert werden. Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr. Gerichtsstand ist der Sitz der Geschäftsstelle.
Alle Rechte vorbehalten, auch die des Nachdrucks von Auszügen, der fotomechanischen Wiedergabe und der Übersetzung. Titel geschützt.

Namentlich gekennzeichnete Beiträge decken sich nicht unbedingt mit der Meinung der Redaktion und des Herausgebers.
Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwertung außerhalb der Grenzen des Urhebergesetzes ist ohne Zustimmung des Herausgebers unzulässig und strafbar. Dies gilt besonders für Vervielfältigungen, Übersetzungen und Mikroverfilmung, Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen.

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

Bild: AdobeStock © Atlas

50. Deutscher Koloproktologen-Kongress München – HYBRID

2024 wieder mit Live-Stream

14.–16. März 2024

Tagungen für Medizinisches Assistenzpersonal

Deutsche Gesellschaft für Koloproktologie (DGK)

Website

Teilnahmegebühren

PFLEGESYMPOSIUM

Ballsaal B

Donnerstag, 14. März 2024, 09.30 – 16.00 Uhr

Wissenswertes „Rund ums Stoma und Wundmanagement“

Vorsitz: Erich Grohmann, Bonn
Ekkehard C. Jehle, Ravensburg

09.30 – 09.40 Uhr **Begrüßung**
Alois Fürst, Regensburg

09.40 – 10.10 Uhr **Häufigste Patientenfragen an die ILCO**
Erich Grohmann, Bonn

10.10 – 10.45 Uhr **Der „Kock-Pouch“ – Indikationen, Operationstechnik, funktionelle Ergebnisse**
Karl-Wilhelm Ecker, Hamburg

10.45 – 11.15 Uhr **Kaffeepause**

11.15 – 11.30 Uhr **Mein Leben mit dem Kock-Pouch**
Julie Klippgen, Hamburg (angefragt)

11.30 – 12.00 Uhr **Stomatherapeutische Versorgung des kontinenten Ileostomas**
N.N.

12.00 – 13.00 Uhr **Mittagspause**

Vorsitz: Karl-Wilhelm Ecker, Hamburg
Margarete Wieczorek, Regensburg

13.00 – 13.30 Uhr **Wundheilungsstörungen der muco-kutanen Naht – spezielle Pflege und Versorgung aus pflegefachlicher Sicht Wundmanagement**
Klaus Zobel, Gütersloh

13.30 – 14.00 Uhr **Einsatz unterschiedlicher Hautschutzmaterialien bei peristomalen Wunden aus pflegefachlicher Sicht**
Florian Spahn, München

14.00 – 14.30 Uhr **Konvexe postoperative Stomaversorgung**
Scalett Summa, Erlangen

14.30 – 15.00 Uhr **Anale Irrigation – aktuelle Studienergebnisse – Tipps und Tricks**
Harald Rosen, Wien (Österreich)

15.00 – 15.30 Uhr **Funktionsstörungen nach Rektumresektion. Wie ist die Studienlage?**
Jaroslav Presl, Salzburg (Österreich)

15.30 – 16.00 Uhr **Zusammenfassung**
Ekkehard C. Jehle, Ravensburg

WORKSHOP

Salon Monet

Donnerstag, 14. März 2024, 17.15 – 18.15 Uhr

Einfach helfen – mit transanaler Irrigation

Dieser Workshop wird durch die Firma **Coloplast GmbH** ausgerichtet.

SEMINAR FÜR MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE

Teil I — Salon Sapporo (15. OG)

Freitag, 15. März 2024, 09.30 – 17.05 Uhr

Proktologie: Wissenswertes für Medizinische Fachangestellte in Praxis und Klinik

Krankheitslehre

Vorsitz: Dieter Bussen, Mannheim

09.30 – 09.45 Uhr **Begrüßung**
Dieter Bussen, Mannheim
Volker Kahlke, Kiel

09.45 – 10.15 Uhr **Anatomie und Physiologie**
Mirko Pisek, Münster

10.15 – 10.45 Uhr **Hämorrhoidalleiden**
Daniel Sterzing, Berlin

10.45 – 11.15 Uhr **Kaffeepause**

Vorsitz: Carsten Tamme, Hannover

11.15 – 11.45 Uhr **Analfissur**
Philipp Oetting, München

11.45 – 12.15 Uhr **Analfistel**
Volker Kahlke, Kiel

12.15 – 12.45 Uhr **Inkontinenz**
Dieter Bussen, Mannheim

12.45 – 13.30 Uhr **Mittagspause**

Management

Vorsitz: Alex Furtwängler, Freiburg

13.30 – 13.45 Uhr **Notfall oder Elektivtermin?**
Paul Vassiliadis, Mannheim

13.45 – 14.30 Uhr **Hygiene in der proktologischen Praxis**
Verena Hoch, Freiburg

14.30 – 15.00 Uhr **Kaffeepause**

Vorsitz: Tilman Laubert, Kiel

15.00 – 15.30 Uhr **Schadensprävention in der Endoskopie**
Johanna Hofmann, Heidelberg

15.30 – 17.00 Uhr **Kommunikation mit System**
Sascha Rombock, Oliver Keifert; Bernstadt

17.00 – 17.05 Uhr **Verabschiedung**
Tilman Laubert, Kiel

Teil II folgt wieder 2025 im Rahmen des Kongresses

ORGANISATION UND TEILNEHMERREGISTRIERUNG

MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg GmbH
Neuwieder Str. 9
90411 Nürnberg

0911 39316-41
0911 39316-56
www.mcn-nuernberg.de
info-dgk@mcn-nuernberg.de

TAGUNGSORT

Hilton Munich Park Hotel, Am Tucherpark 7, 80538 München

► Die Anmeldung ist ab sofort online über **www.koloproktologen-kongress.de** unter dem Menüpunkt „Anmeldung“ möglich.

Anmeldung

Stomacare PLUS

Die neue Bandagen-Generation

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

Standard *Plus*

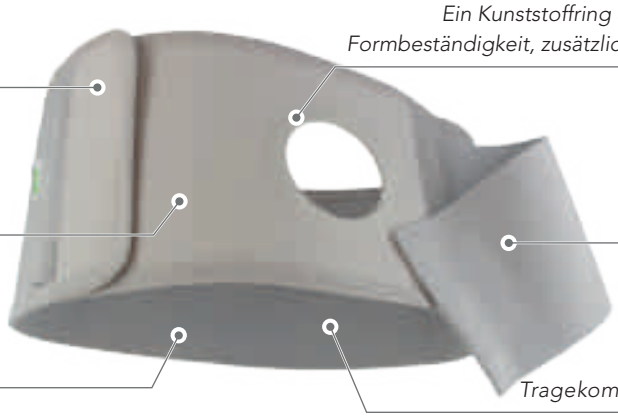
EasyOpener *Plus*

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

FOLLOW US

Basko Healthcare

Gasstraße 16, 22761 Hamburg

Tel.: +49 (0) 40 85 41 87-0 | E-Mail: verkauf@basko.com

basko.com