



MagSi®

MAGAZIN

STOMA
INKONTINENZ
WUNDE

Das Thema

Der professionelle Auftritt
auf Messen

Aktuell

Wenn Schmerzmedikamente
Schmerz verursachen

Wund-MagSi®

Operativer Verschluss
perianaler Fisteln bei Morbus
Crohn durch Implantation
eines Analfistel-Plugs



SenSura. Fürs Leben gemacht



Die neue Lösung mit Durchblick – für mehr Leichtigkeit im Alltag

Das Leben genießen – auch mit einem Stoma. Wir entwickeln hierfür Produktlösungen, die sich an den Bedürfnissen der Anwender orientieren. Und nicht umgekehrt. Ein sinnvolles Detail ist dabei das transparente Sichtfenster im Vlies am Stomabeutel. Es sorgt sowohl für Diskretion als auch für die Möglichkeit das Stoma leicht kontrollieren zu können. Nicht zuletzt erleichtert es das Anbringen des Beutels und sorgt so dafür, dass der **SenSura** 2-Schicht-Hautschutz seine volle Wirksamkeit entfalten kann. **SenSura** mit Sichtfenster ist erhältlich für einteilige, geschlossene Beutel.



Deutschland

Coloplast GmbH, Postfach 70 03 40, 22003 Hamburg
Tel.: 0 40 / 66 98 07-77, Fax: 0 40 / 66 98 07-48
www.coloplast.de, E-Mail: devks@coloplast.com

SenSura





Ausblick

Liebe Leserinnen und Leser,

eine besondere Aufgabe des DVET Fachverband Stoma und Inkontinenz e.V. besteht darin, zu gegebenen Zeiten immer wieder für Klarstellungen in unseren Handlungsfeldern zu sorgen. Diesmal wurde es notwendig, die Positionen unseres Verbandes zu aktuellen Fragen der Hilfsmittelversorgung für Stomaträger festzuhalten. Aufgrund der aktuellen Diskussion um die anstehenden Wege zur Veränderung des Gesundheitswesens haben wir aus diesem Grund ein Positionspapier erarbeitet, welches Sie auf den Seiten 28 und 29 der neuen MagSi® finden werden.

Des Weiteren haben wir für Sie vielseitige Beiträge aus dem Handlungsfeld Inkontinenzversorgung und auch unseren weiteren Fachbereichen vorgesehen. Berichte aus den Weiterbildungsstätten informieren Sie über die aktuelle Situation der laufenden und auch gerade beendeten Weiterbildungsmaßnahmen zum **Pflegeexperten Stoma+Inkontinenz+Wunde**. Große Ereignisse werfen Ihre Schatten voraus. So bitten wir um Beachtung der Ankündigungen zur „homeCare Leipzig“ und zum „6. Bremer Pflegekongress“. Erfahren Sie mehr über die Entwicklungen der „Generation Internet“ für Stomabetreffene und die Ziele der Internet Plattform „Stoma-Welt.de“ Wir wünschen Ihnen nun wie immer eine spannende Lektüre der neuen MagSi® 52.

Ihr Redaktionsteam

Das Thema

- 4 Blasenfunktionsstörung – ein häufig nicht erkanntes Problem bei Diabetes mellitus
- 10 Die Deutsche Kontinenz Gesellschaft e.V.
- 11 Preiselbeere und Cranberry bei Frauen mit einer akuten, unkomplizierten Harnwegsinfektion
- 16 Anleitung zum ISK bei Angehörigen des muslimischen Glaubens
- 19 Parastomale Hernien
- 20 Der professionelle Auftritt auf Messen
- 23 Patienten sollen zeitnah profitieren Urologen forcieren Umsetzung der S3-Prostatakrebs-Leitlinie in die Praxis

Aktuell

- 24 Ein Viertel aller Krebserkrankungen sind urologische Tumoren
- 25 KDA-Informationenfilm: Sinn und Zweck von Pflegestützpunkten
- 26 Wenn Schmerzmedikamente Schmerz verursachen

Fachverband Aktuell

- 28 Positionspapier des DVET zur Situation der Hilfsmittelversorgung von Stomaträgern
- 30 Termine/Kongresse
- 31 Kooperationspartner/Mitgliedsverbände

Wund-MagSi

- 32 Operativer Verschluss perianaler Fisteln bei Morbus Crohn durch Implantation eines Analfistel-Plugs
- 34 Generation Internet
- 36 Der neue Kongress in Leipzig – komplett, hochkarätig, vernetzt!

Stoma-Standard

- 37 Stoma-Standard Inselspital Bern

Buch-Tipp

- 41 Interessante Literatur

Weiterbildung Aktuell

- 42 Congratulations
- 43 maxQ. im bfw Unternehmen für Bildung

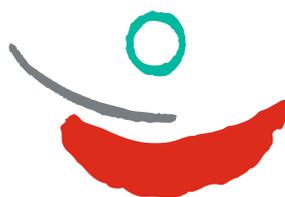
Schaufenster

- 45 Neuigkeiten bei Produkten und Dienstleistungen

Impressum

- 46 Impressum/Vorschau nächste Ausgabe

Herausgeber
Berufsverband der Pflege



DVET
Fachverband
Stoma und Inkontinenz e. V.

Kooperationspartner



Blasenfunktionsstörung – ein häufig nicht erkanntes Problem bei Diabetes mellitus

Die meisten Menschen mit Diabetes mellitus sind älter als 60 Jahre. Der stärkste Zuwachs der Prävalenz ist bei den über 75-jährigen zu verzeichnen (1). Die Prävalenz beträgt im Alter zwischen 60 und 69 Jahren etwa 20 %; bei weiteren 25 % der älteren Menschen wurde eine eingeschränkte Glukosetoleranz gefunden (2).

Angesichts der demographischen Entwicklung wird die Zahl älterer Diabetiker in den nächsten Jahren noch zunehmen. Auch die meisten von Inkontinenz betroffenen Patienten sind ältere Menschen. Harninkontinenz und Diabetes mellitus können dabei völlig unabhängig voneinander als altersabhängige Erkrankungen auftreten, sie können sich aber auch gegenseitig beeinflussen und sogar bedingen. Obwohl Inkontinenz eine starke Beeinträchtigung der Lebensqualität darstellt, wird diese Fragestellung bei Besprechungen der Komplikationen des Diabetes mellitus jedoch häufig umgangen.

Epidemiologie

Erstaunlich ist, dass nur wenige Daten über die Häufigkeit von Blasensymptomen bei Diabetikern existieren und diese teilweise über 25 Jahre alt sind (3). Dabei wird die Häufigkeit von Blasenfunktionsstörungen abhängig von der Diabetes-Dauer mit bis zu 50 % aller Diabetiker angegeben (4). Sie ist damit bei Diabetikern eindeutig höher als bei Gesunden gleichen Alters (5). In der aktuellen „Wittener Diabetes-erhebung“ findet sich ebenfalls eine Verdoppelung der urologischen Symptome gegenüber einer Vergleichsgruppe mit Nichtdiabetikern (6). Eine nicht unerhebliche Bedeutung beim Thema Diabetes und Inkontinenz kommt der bestehenden Multimorbidität und der damit verbundenen Multimedikation zu. Sie führen zu einem signifikant höheren

Risiko einer Harninkontinenz mit täglichen Inkontinenzereignissen (7).

Definition

Das Bild der „diabetischen Cystopathie“, wie die diabetogenen Blasenfunktionsstörungen häufig auch genannt werden, ist relativ unscharf.

Der Begriff selbst wurde von Frimodt-Møller 1976 eingeführt (8–10). Mit dieser Definition wurde und wird in erster Linie an die sensomotorische Störung des Detrusors mit abgeschwächtem Harndrang, erschwerte Miktion und Restharnbildung bis hin zu einer Überlaufinkontinenz gedacht. Heute wissen wir aus urodynamischen Untersuchungen, dass weitere Blasenfunktionsstörungen eine ebenfalls wichtige oder sogar bedeutsamere Rolle beim Diabetiker spielen (11;12). So wird die Überaktive Blase noch häufiger als die Detrusorhypotonie oder –atonie gesehen. Dies verdeutlicht, dass sich hinter der Blasenfunktionsstörung beim älteren Diabetiker eine Reihe von Ursachen verbergen können, die meist nur mangelhaft gegeneinander abzugrenzen sind. In diesem Sinne ist es sicherlich sinnvoller, allgemein von einer Blasenfunktionsstörung beim Diabetiker zu sprechen und diese dann durch Diagnostik so weit wie möglich zu differenzieren.

Pathophysiologie

Ähnlich wie bei den meisten Älteren sind die Ursachen der Harninkontinenz

beim Diabetiker oft multifaktoriell. Physiologische Altersveränderungen, Multimorbidität, Polypharmakologie und Umweltbedingungen sind neben den direkten Folgen des Diabetes mellitus beeinflussende Risikofaktoren. Dabei ist auch heute noch weitgehend unklar, auf welchem Wege ein Diabetes mellitus den Harntrakt in seiner Funktion beeinträchtigt.

Eine Fülle von Einzelbefunden deutet daraufhin, dass es auf mehreren Ebenen zu Defekten in der Harnblasenspeicher- und Entleerungsfunktion kommt. Es werden Zellgifte als „oxidativer Stress“ für den Blasenmuskel (13), degenerative Vorgänge bei der autonomen Nervenversorgung der Harnblase (14;15), Funktionsstörungen der Blasenmuskulatur auf molekularer Ebene (16;17), Veränderungen an den muskarinergen und anderen Rezeptoren (18–20), Abweichungen bei Substanzen wie den Prostaglandinen (21) oder Stickoxid (22) und weitere Mechanismen im Tierversuch diskutiert. Das Geschehen ist ohne Zweifel sehr komplex. Dazu müssen noch weitere pathogene diabetesbedingte vaskuläre Veränderungen im Bereich des Cerebrums (23), der Nieren und der Harnblase mit in Betracht gezogen werden. Fünf Formen der neurogenen Blasenfunktionsstörung stehen dabei im Vordergrund: Die überaktive Blase, der hypo- oder akontraktile Detrusor, die Detrusordyskoordination und die Detrusor-Sphinkter-Dyssynergie (11). Drei Mechanismen können zur überaktiven Blase führen (24): Erstens kann eine verstärkte Afferentierung der Harnblase z. B. durch die beim Diabetiker häufigen chronisch rezidivierenden Harnwegsinfekt, durch zunehmenden Restharn oder eine infravesikale Obstruktion und nicht zuletzt auch eine Polyurie, die die Harnblase ständig mit einer Harnflut belastet, die Überaktivität fördern. Zweitens kommen Störungen der zerebralen Steuerung der Harnblase hinzu,

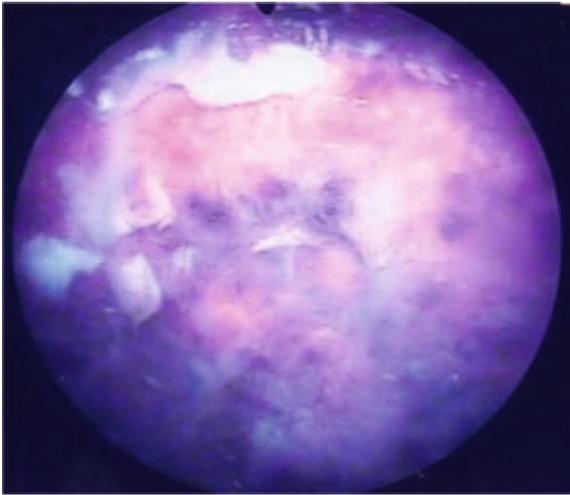


Abb. 1: Endoskopiebefund bei einer schweren, chronischen „fibrinösen“ Blasenentzündung bei langjähriger Blasenentleerungs-Störung, 67jährige Diabetikerin mit „therapieresistenter Zystitis“

Inkontinenz beim Diabetiker im Zusammenhang mit anderen Krankheiten

Diabetiker sind nicht weniger von Multimorbidität betroffen als Vergleichsgruppen in Untersuchungen. Dies erscheint wichtig, da der Diabetes mellitus nicht isoliert gesehen werden darf, sondern der typische ältere Diabetiker häufig an weiteren altersabhängigen Erkrankungen leidet, die Einflüsse auf den Harntrakt haben können bzw. deren Medikation den

Harntrakt beeinflussen können. Diese Erkrankungen können eine Harninkontinenz beim Diabetiker auf der Ebene des Harntraktes oder des ZNS beeinflussen: Dazu gehören im Rahmen der allgemeinen Infektgefährdung des Diabetikers besonders auch chronische Harnwegsinfekte angefangen von asymptomatischen Bakteriurien bis hin zu schweren, ulcerös-fibrinösen Verlaufsformen (s. Abb. 1), die Prostatavergrößerung mit der Detrusorhypertrophie (s. Abb. 2), neurologische Erkrankungen wie Schlaganfall oder die Parkinson-Erkrankung. An eine Koinzidenz des Morbus Alzheimer und des Diabetes mellitus muss gedacht werden (25-27).

Diagnostik

Gerade bei den älteren multimorbiden Diabetes-Patienten gebührt der Diagnostik der Harninkontinenz höchste Sorgfalt. Zu berücksichtigen ist dabei, dass die in der Anamnese geschilderte Symptomatik nicht in allen Fällen zu einer eindeutigen Inkontinenzklassifizierung führt: So kann beispielsweise eine „Pollakisurie“ durch eine Restharnbildung verursacht werden, Ausdruck einer überaktiven Blase sein oder durch die Glukosurie mit nachfolgender Polyurie zustande kommen. In der Basisdiagnostik beim Diabetiker sollte genauso wie beim Nichtdiabetiker die gezielte Anamnese und das Miktionsprotokoll um eine zielgerichtete klinische Untersuchung,

die Blutuntersuchung, die Harnanalyse und die Restharnbestimmung erweitert werden. Zusätzlich sind die Erhebung der Multimorbidität einschließlich der Multimedikation, die Erfassung der Ernährung, sowie wichtige Diabetesfaktoren (BZ-Tagesprofil, HbA1, bestehende Komplikationen) und eine funktionelle Einschätzung (Geriatrisches Assessment) empfehlenswert.

Diese angeführten Maßnahmen sind nicht-invasiv, lassen sich gut bei jedem betagten Patienten durchführen, werden in der Regel gut toleriert und führen bei einem Großteil der Patienten zur Aufdeckung der zugrunde liegenden Pathophysiologie. Eine wichtige Rolle spielt wie bei fast allen Inkontinenzformen auch hier der Zeitpunkt der Diagnose – es gilt einmal mehr: Je eher, desto besser, um rechtzeitig eingreifen zu können. Stehen die Symptome der hyperaktiven Blase – gehäufte und imperativer Drang ggf. zusammen mit einer Dranginkontinenz – im Vordergrund der Beschwerden, ist die Blasenentleerung restharnarm bis restharnfrei und besteht kein Hinweis auf rezidivierende Harnwegsinfektion ohne Hinweise auf komplizierende Faktoren in der Vorgeschichte (neurologische Erkrankung, Radiotherapie, Operation am unteren Harntrakt), so kann ohne urodynamische weitere Abklärung mit einer entsprechenden Therapie begonnen werden. Sind jedoch die Symptome der hyperaktiven Blase mit unvollständiger Blasenentleerung und anamnestisch wiederholten Harnwegsinfektionen kombiniert, ist zur weiteren Klärung insbesondere auch zur Differenzierung der Ursache des Restharns eine urodynamische Untersuchung angezeigt – genauso wie bei Versagen der Primärtherapie. Bei dem Verdacht

wobei diabetogene Gefäßveränderungen mit Schädigungen hemmender Impulse durch das zentrale Nervensystems, kognitive Störungen durch Hyperglykämien, sowie Störungen der Harnblasenkontrolle durch Medikamente im Rahmen der Behandlung schmerzhafter diabetischer Polyneuropathien zu nennen sind. Und drittens sind altersbedingte, aber möglicherweise auch durch den Diabetes induzierte ultrastrukturelle Veränderungen im Detrusor zu nennen, die zu einer erhöhten Erregbarkeit führen.

Seltener scheint die im Alter häufig auftretende Belastungs- bzw. Stressinkontinenz im Rahmen des Diabetes bei der Inkontinenzentwicklung eine Rolle zu spielen. Klassischerweise kommen als Ursache eine Beckenbodenschwäche oder eine Schwäche des Sphinkters selbst z. B. durch anatomische Veränderungen oder Östrogenmangel entweder allein oder kombiniert infrage. Inwieweit letztendlich eine solche Funktionsstörung durch eine Schädigung des N. pudendus im Rahmen einer diabetischen Polyneuropathie an einem solchen Geschehen beteiligt ist, indem der Sphinkertonus weiter reduziert und eine Belastungsinkontinenz ausgelöst oder verstärkt wird, muss allerdings zum jetzigen Zeitpunkt offen bleiben (24). Ebenfalls unbekannt ist, inwieweit bei der Inkontinenz des Diabetikers Mischformen zahlenmäßig eine Rolle spielen. In der „Wittener Diabeteserhebung“ konnten besonders häufig solche Mischformen in der Praxis des Allgemeinmediziners bzw. des hausärztlich tätigen Internisten beobachtet werden, was vielleicht auf ein diagnostisches Problem hindeutet (6).

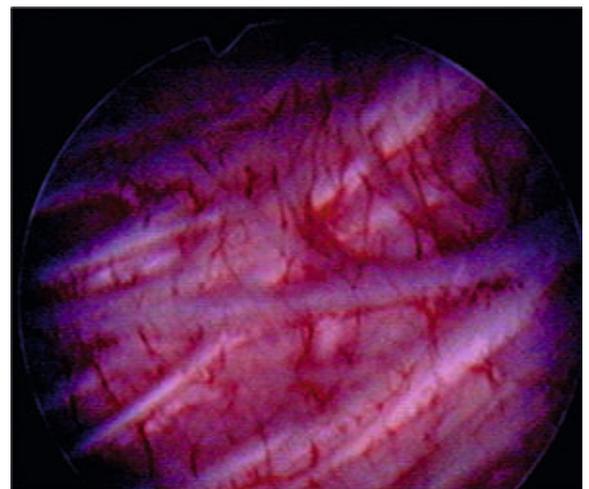


Abb. 2: Endoskopiebefund einer „Balkenblase“ als Ausdruck einer Prostatavergrößerung

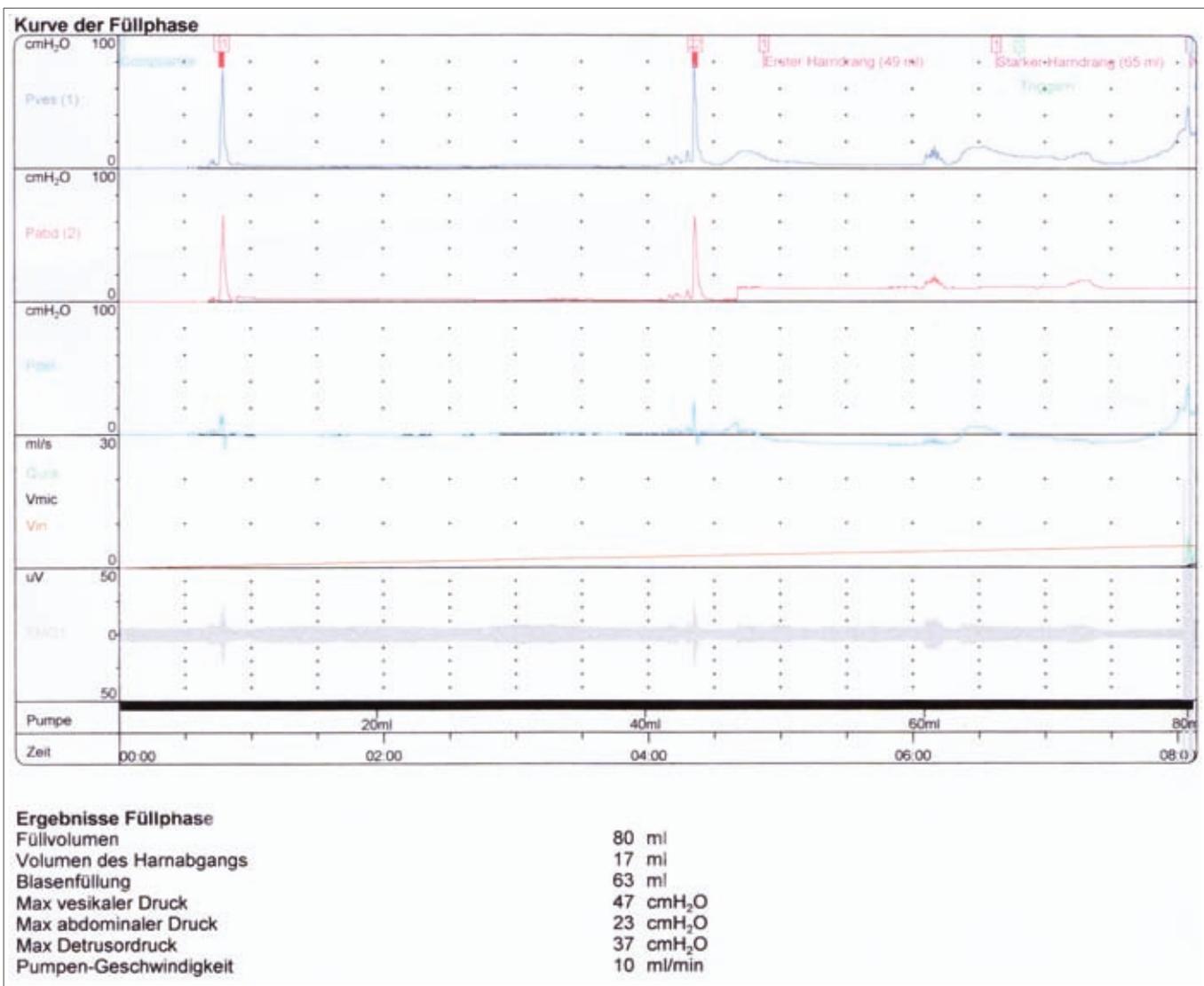


Abb. 3: original Miktionsprotokoll und Urodynamik-Befund vor Therapie: stündliche Miktionen, Blasenkapazität zystometrisch bei 80 ml, unwillkürliche, phasische Detrusorkontraktionen (s. Markierungen)

auf das Vorliegen einer hypokontraktiven Harnblase hilft die urodynamische Messung in prognostischer Sicht: Das Eintreten des ersten Harndrangs, der Detrusordruck in der Druck-Fluss-Studie und nicht zuletzt Provokationstests (Eiswasser, Carbachol) können dazu beitragen, die Aussichten einer Therapie abzuschätzen.

Therapie

Vor Beginn einer speziellen Therapie im Hinblick auf die Harninkontinenz sollte eine dem Gesamtzustand des Patienten entsprechende Therapie des Diabetes mellitus bzw. der Multimorbidität erfolgen. So findet sich die Lehrmeinung, dass eine frühzeitige und effektive Blutzuckereinstellung das Auftreten diabetogener Organkomplikationen verzögern und deren Ausprägung mildern kann, im Tierversuch auch für die diabetische Zystopathie bestätigt (28). Die spezielle Therapie im Hinblick auf

die Harninkontinenz wird sich dann an der vorliegenden Diagnose ausrichten. Besteht schon eine chronische diabetogene Harnretention bzw. Überlaufinkontinenz ohne Hinweise auf eine subvesikale Obstruktion, muss zur Verbesserung der Blasenentleerungssituation und zur Vermeidung einer Blasenüberdehnung die diabetogene Blase regelmäßig in etwa 3 bis 5-stündlichen Intervallen entleert werden, auch wenn zu diesem Zeitpunkt noch kein Harndranggefühl verspürt wird. Die medikamentösen Möglichkeiten mit Cholinergika zur Detrusor-tonisierung und Alphablockern zur Senkung des Blasenauflaßwiderstandes sind hier bisher sehr beschränkt. Meist wird eine Katheterableitung in Betracht gezogen werden müssen. Die Methode der Wahl ist dabei der intermittierende (Selbst)-Katheterismus. Dieser kann auch älteren Diabetikern durchaus zugemutet werden. Die in der Literatur beschriebene intravesikale oder periphere Elektrostimulation wird für die meisten

älteren Patienten – zumal, wenn eine diabetische Polyneuropathie die Hand-Funktionalität beeinträchtigt, nicht infrage kommen. Übrig bleiben wird der transurethrale oder suprapubische Dauerkatheter. Vor- und Nachteile beider chronischer Ableitungsformen, Indikationen und Kontraindikationen sind an anderer Stelle ausführlich diskutiert und bewertet (29).

Steht die Drangsymptomatik im Vordergrund, kann therapeutisch erfolgreich durch die Kombination einer Verhaltenstherapie mit einer anticholinergen Therapie interveniert werden. Bei der Wahl des Anticholinergikums ist gerade beim älteren Diabetiker darauf zu achten, dass mögliche anticholinerge Nebenwirkungen, insbesondere Mundtrockenheit, gering bleiben und Interaktionen mit anderen Medikamenten vermieden werden. Eine engmaschige Therapiekontrolle sollte dabei besonders im Hinblick auf die eventuell geschädigte Detrusor-funk-

tion regelmäßige Restharnkontrollen beinhalten.

Bei der Behandlung der Belastungsinkontinenz einer diabetischen Frau sollte neben der Möglichkeit der diabetogenen Sphinkterschwäche in Betracht gezogen werden, dass eine subklinische, bisher unerkannte Detrusorhypotonie vorliegen kann. Operationen zur Behandlung einer Belastungsinkontinenz können den Blasenauflösungswiderstand erhöhen und beinhalten dann die Gefahr, postoperativ zu einer Dekompensation der Blasenentleerung zu führen. So sollten in dieser Situation alle nicht-operativen Maßnahmen wie Physiotherapie oder Elektrostimulation und ggf. auch die medikamentöse Therapie mit dem hierfür zugelassenen Serotonin-Reuptake-Hemmer ausgeschöpft werden. Es gilt auch und besonders für den Diabetiker, dass vor einer operativen Maßnahme eine sorgfältige urodynamische Untersuchung solche Risiken ausschließen sollte.

Forderungen aufgrund der bisherigen Diabetikerbetreuung

Ideal wäre es, wenn bei einem langjährigen Diabetiker routinemäßig – wie bei der turnusmäßigen und allgemein akzeptierten Augenuntersuchung – nicht nur die Symptome des unteren Harntraktes systematisch erfasst, sondern auch Basisuntersuchungen – wie oben angeführt – durchgeführt würden. Weiter sollten zum Lehrplan eines Diabetes-Schulungsprogrammes der Betroffenen nicht nur wie bisher Themen wie Notfallmanagement von Hyper- und Hypoglykämien, BZ-Messung, Fußpflege und das Erkennen von Diabeteskomplikationen wie Retinopathien, Polyneuropathien oder Gangränge gehören, sondern auch um den Bereich Blasenfunktionsstörungen/Inkontinenz erweitert werden.

Ein erschütterndes Ergebnis der schon zitierten „Wittener Diabeteserhebung“ ist, dass nicht weniger als 72,1% der befragten Typ-II-Diabetikerinnen und 24,6 % der Typ-II-Diabetiker regelmäßig Vorlagen benutzen (6). Die sich hier abzeichnende, dem Krankheitsbild nicht angepasste Selbstversorgung darf nicht akzeptiert werden, da eine gezielte Diagnostik mit nachfolgender Therapie in vielen Fällen eine positive Beeinflussung der Blasenfunktionsstörung beim Diabetiker ermöglicht. Eine nebenwirkungsar-

me Behandlung einer überaktiven Blase ist mit den sog. Anticholinergika medikamentös heute genauso möglich (Abb. 3 u. 4) wie eine Beeinflussung einer Prostatavergrößerung und die Ausheilung von chronischen Blasenentzündungen.

So darf an dieser Stelle die Hoffnung ausgedrückt werden, dass alle Betroffenen, Patienten, Hausärzte, Diabetologen, Gynäkologen und Urologen den Diabetiker als Risikopatienten für Blasenfunktionsstörungen erkennen und ihn systematisch und frühzeitig einer gezielten Diagnostik und Therapie zuführen.

Reference List

- 1 Boyle JP, Honeycutt AA, Narayan KM, Hoerger TJ, Geiss LS, Chen H et al. Projection of diabetes burden through 2050: impact of changing demography and disease prevalence in the U.S. *Diabetes Care* 2001 November;24(11):1936-40.
- 2 Hiltunen L, Luukinen H, Koski K, Kivela SL. Prevalence of diabetes mellitus in an elderly Finnish population. *Diabet Med* 1994 April;11(3):241-9.
- 3 Fridodt-Moller C. Diabetic cystopathy: epidemiology and related disorders. *Ann Intern Med* 1980 February;92(2 Pt 2):318-21.
- 4 Sasaki K, Yoshimura N, Chancellor MB. Implications of diabetes mellitus in urology. *Urol Clin North Am* 2003 February;30(1):1-12.
- 5 Okamura K, Nojiri Y, Yamamoto M, Kobayashi M, Okamoto Y, Yasui T. [Questionnaire survey on lower urinary tract symptoms (LUTS) for patients attending general practice clinics]. *Nippon Ronen Igakkai Zasshi* 2006 July;43(4):498-504.
- 6 Wiedemann, A and Füsgen, I. Urologische Probleme beim älteren Diabetiker. *Eur J Ger* 2008 in press; 2008.
- 7 Brown JS, Seeley DG, Fong J, Black DM, Ensrud KE, Grady D. Urinary incontinence in older women: who is at risk? Study of Osteoporotic Fractures Research Group. *Obstet Gynecol* 1996 May;87(5 Pt 1):715-21.
- 8 Fridodt-Moller C. Diabetic cystopathy. A review of the urodynamic and clinical features of neurogenic bladder dysfunction in diabetes mellitus. *Dan Med Bull* 1978 February;25(2):49-60.
- 9 Fridodt-Moller C. [Diabetic cystopathy]. *Nord Med* 1979 November;94(11):287-8.
- 10 Fridodt-Moller C. Diabetic cystopathy: epidemiology and related disorders. *Ann Intern Med* 1980 February;92(2 Pt 2):318-21.
- 11 Alloussi, Sch, Lang, Ch, and Alloussi S. Autonome diabetische Neuropathie und Harnblasenentleerungsstörung. 2006. Report No.: Referateband 18. Kongress der Deutschen Kontinenzgesellschaft, Essen, 10. - 11. 11. 2006.
- 12 Kaplan SA, Te AE, Blaivas JG. Urodynamic findings in patients with diabetic cystopathy. *J Urol* 1995 February;153(2):342-4.
- 13 Beshay E, Carrier S. Oxidative stress plays a role in diabetes-induced bladder dysfunction in a rat model. *Urology* 2004 November;64(5):1062-7.
- 14 Sasaki K, Chancellor MB, Phelan MW, Yokoyama T, Fraser MO, Seki S et al. Diabetic cystopathy correlates with a long-term decrease in nerve growth factor levels in the bladder and lumbosacral dorsal root Ganglia. *J Urol* 2002 September;168(3):1259-64.
- 15 Van PH, Stessens R, Van DB, Carton H, Baert L. Diabetic cystopathy: neuropathological examination of urinary bladder biopsies. *Eur Urol* 1988;15(1-2):128-31.
- 16 Karicheti V, Santizo C, Zhao W, Kuo E, Shenk G, Melman A et al. Changes in electrical properties of detrusor smooth muscle in the STZ (streptozotocin)-diabetic rat. *Urology* 2001 June;57(6 Suppl 1):110-1.
- 17 Mannikarottu AS, Changolkar AK, Disanto ME, Wein AJ, Chacko S. Over expression of smooth muscle thin filament associated proteins in the bladder wall of diabetics. *J Urol* 2005 July;174(1):360-4.
- 18 Tong YC, Cheng JT. Alteration of M(3) subtype muscarinic receptors in the diabetic rat urinary bladder. *Pharmacology* 2002;64(3):148-51.
- 19 Tong YC, Chin WT, Cheng JT. Alterations in urinary bladder M2-muscarinic receptor protein and mRNA in 2-week streptozotocin-induced diabetic rats. *Neurosci Lett* 1999 December 31;277(3):173-6.
- 20 Benko R, Lazar Z, Porszasz R, Somogyi GT, Bartho L. Effect of experimental diabetes on cholinergic, purinergic and peptidergic motor responses of the isolated rat bladder to electrical field stimulation or capsaicin. *Eur J Pharmacol* 2003 September 30;478(1):73-80.
- 21 Mumtaz FH, Thompson CS, Khan MA, Mikhailidis DP, Morgan RJ, Angelini

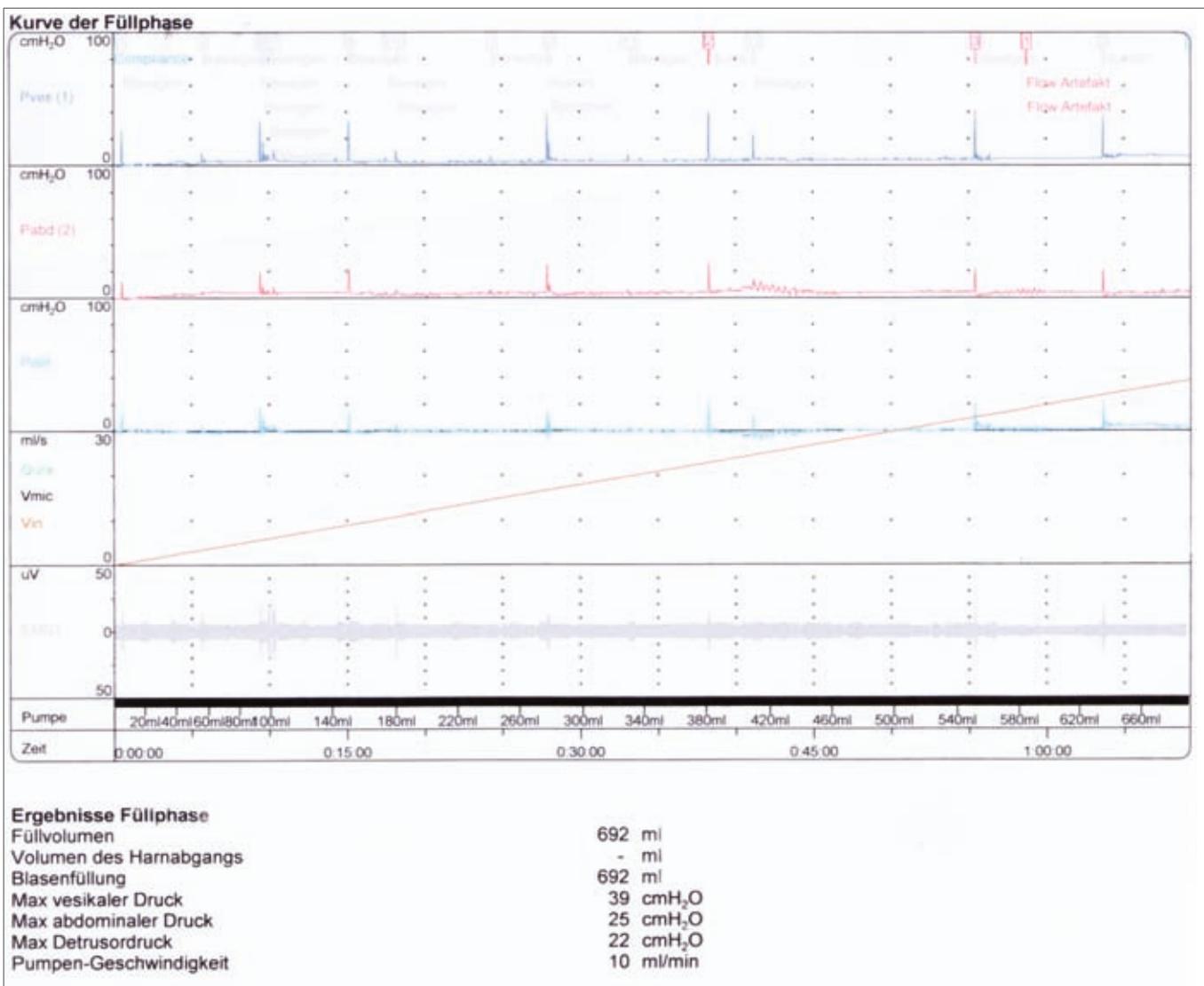


Abb. 4: original Miktionsprotokoll und Urodynamik-Befund nach 4-wöchiger anticholinergischer Therapie: 4-stündliche Miktionsabstände, Blasenkapazität bei 600 ml, keine unwillkürlichen Blasenkontraktionen

- GD et al. Alterations in the formation of cyclic nucleotides and prostaglandins in the lower urinary tract of the diabetic rabbit. *Urol Res* 1999 December;27(6):470-5.
- 22 Mumtaz FH, Sullivan ME, Thompson CS, Dashwood MR, Naseem KM, Bruckdorfer KR et al. Alterations in the nitric oxide synthase binding sites and non-adrenergic, non-cholinergic mediated smooth muscle relaxation in the diabetic rabbit bladder outlet: possible relevance to the pathogenesis of diabetic cystopathy. *J Urol* 1999 August;162(2):558-66.
- 23 Yamaguchi C, Sakakibara R, Uchiyama T, Yamamoto T, Ito T, Liu Z et al. Overactive bladder in diabetes: a peripheral or central mechanism? *Neurourol Urodyn* 2007;26(6):807-13.
- 24 Madersbacher H. [Bamberg Discussions 2003. Diagnosis and therapy of urinary incontinence in diabetic patients]. *Krankenpfl J* 2003;41(7-9):176-7.

- 25 Diabetes linked to higher risk of Alzheimer's disease. *Health News* 2004 July;10(7):13.
- 26 New type of diabetes linked to Alzheimer's disease. Reduced levels of insulin produced in brain can lead to death of key brain cells. *Health News* 2005 July;11(7):8-9.
- 27 Alzheimer research forum live discussion: is Alzheimer's a type 3 diabetes? *J Alzheimers Dis* 2006 August;9(3):349-53.
- 28 Ayan S, Kaloglu C, Gokce G, Ucar C, Kilicarslan H, Gultekin EY. Effect of insulin therapy for diabetic cystopathy-urodynamic and histological findings in a rabbit model. *Scand J Urol Nephrol* 1999 December;33(6):392-5.
- 29 Albers A, Bojack B, Heckmann J, Kirschner-Herrmanns R, Kuemmerle S, Mueller H, Muehlich S, Nemitz G, Pfisterer M, Schlusche-Floemer B, and Wiedemann A. Leitlinie Harninkontinenz der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (erstellt durch die

Arbeitsgruppe "Inkontinenz"). *Eur J Ger Supplement Vol. 7* (2005): 1-44; 2008.



A. Wiedemann
Urologische Abteilung
Evangelisches Krankenhaus Witten
Lehrstuhl für Geriatrie der Universität
Witten-Herdecke
Korrespondenzanschrift:
Pferdebachstr. 27
58455 Witten
awiedemann@dwr.de

So einzigartig wie Sie selbst!

Individuelle Hautschutzmixturen von Hollister



Neu

Stoma-Experten wissen, jede Haut braucht individuellen Schutz. Je nach Hautzustand, Ausscheidung und Tragezeit sind unterschiedliche **Hautschutzmixturen** gefragt. Mit dem innovativen Produktangebot von Hollister können die Anforderungen der verschiedenen Hauttypen optimal erfüllt werden. Selbstverständlich sind alle **Hollister Mixturen** auf den pH-Wert der Haut abgestimmt und unterstützen so die Regeneration.

Neue Versorgung: Moderma Flex Urostomiebeutel mit Flextend Hautschutz

Sie wünschen größtmöglichen Tragekomfort und eine moderne, einteilige Versorgung? Das bietet Ihnen der neue **Urostomiebeutel** aus der **Moderma Flex** Reihe. Zusammen mit der **Hautschutzmischung Flextend** und dem **atmungsaktiven Haftrand** sind Sie bestens geschützt – und somit optimal versorgt.

Überzeugen Sie sich noch heute und fordern Ihr Muster an! Einfach Postkarte absenden und die neue Form der individuellen Versorgung kennenlernen.

Hollister Incorporated • Niederlassung Deutschland • Riesstraße 25 • 80992 München • Telefon: 0 800/4 65 54 78 – gebührenfrei
E-Mail: hollister.deutschland@hollister.com • www.hollister.de

Hollister Stomaversorgung. **Auf die Details kommt es an.**

 **Hollister**

Die Deutsche Kontinenz Gesellschaft e.V.

**Über Inkontinenz zu reden,
ist ein gesellschaftliches
Tabu.
Dies will die Deutsche
Kontinenz Gesellschaft
ändern.**

Ziel der 1987 gegründeten medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaft ist es, die Prävention und Diagnostik bei Harn- und Stuhlinkontinenz zu fördern sowie die Behandlung und Versorgung von Menschen mit Inkontinenzkrankungen zu verbessern. Um dies zu erreichen, setzt die Deutsche Kontinenz Gesellschaft sowohl auf die qualifizierte Weiterbildung von Vertretern aus Pflege, Praxis und Klinik als auch auf eine fundierte Patientenberatung.

Vorstand und Expertenrat spiegeln die Komplexität und Interdisziplinarität des Themas Inkontinenz wider. Beide setzen sich aus Mitgliedern aller betroffenen wissenschaftlichen Fachrichtungen zusammen: Urologen, Gynäkologen, Geriatern, Neurologen, Pädiatern, Chirurgen, Medizinern der Physikalischen und Rehabilitativen Medizin sowie je einem Vertreter für die Pflege, Apotheker, Industrie und die Kontinenz-Selbsthilfegruppen. Alle Ämter sind ehrenamtlich.

Mit der Zertifizierung von ärztlichen Beratungsstellen sowie Kontinenz- und Beckenboden-Zentren, trägt die Deutsche Kontinenz Gesellschaft maßgeblich zur Qualitätssicherung in der Behandlung und Beratung von Menschen mit Inkontinenzkrankungen bei. Darüber hinaus veranstaltet die Deutsche Kontinenz Gesellschaft anerkannte Fortbildungen für Ärzte wie Pflegekräfte und vertritt die Interessen ihrer 3.000 Mitglieder auf europäischen Fachkongressen und Messen. Broschüren zu den unterschiedlichen Inkontinenzkrankungen sowie lokale Informationsveranstaltungen und eine Telefonhotline dienen der umfassenden Beratung und Information betroffener Menschen.

Die verschiedenen kostenlosen Broschüren und Informationsmaterial, auch von den bundesweiten zertifizierten Beratungsstellen und Kontinenz-Zentren, erhalten Sie direkt über die Deutsche Kontinenz Gesellschaft.

*Informations-Hotline für Betroffene:
01805-233440 (14 ct./min.).
Montag bis Freitag 10-12 Uhr
und 15-18 Uhr*



Die Deutsche Kontinenz Gesellschaft in Zahlen

- 47 Kontinenz-Selbsthilfegruppen
- Über 900 Kontinenz-Beratungsstellen
- 11 Kontinenz-Zentren
- 35 Kontinenz- und Beckenboden-Zentren
- 12 kooperierende Rehabilitationskliniken
- 3.000 Mitglieder

(Stand: Februar 2010)

Bereits zum zweiten Mal findet die World Continence Week statt. Sie wurde als jährliche Aktionswoche vom Continence Promotion Committee in Zusammenarbeit mit der International Continence Society (ICS) ins Leben gerufen. Im vergangenen Jahr konnten 52 Veranstaltungen in 39 Städten durchgeführt werden. Auch in diesem Jahr werden in den Kontinenz- und Beckenboden-Zentren, Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen der Deutschen Kontinenz Gesellschaft bundesweit Patientenveranstaltungen stattfinden. Die World Continence Week findet vom 21. bis zum 27. Juni 2010 deutschlandweit statt.

**Am 12. und 13. November 2010
findet der 22. Kongress der
Deutschen Kontinenz Gesellschaft
unter dem diesjährigen Titel „Harn-
und Stuhlinkontinenz – eine interdisziplinäre Herausforderung“ im Congress-Centrum Mainz statt. Dort werden unter anderem auch die Seminare für Pflegekräfte „Pflege und Versorgung bei Inkontinenz“ sowie „Kontinenzförderung in der Pflege“ angeboten.**



Deutsche Kontinenz Gesellschaft e.V.
Friedrich-Ebert-Str. 124
34119 Kassel
info@kontinenz-gesellschaft.de
www.kontinenz-gesellschaft.de

Preiselbeere und Cranberry bei Frauen mit einer akuten, unkomplizierten Harnwegsinfektion

Auf das Thema meiner Facharbeit, die ich im Rahmen der Weiterbildung zum Pflegeexperte Stoma, Inkontinenz und Wunde am Diakonischen Institut für Soziale Berufe in Dornstadt absolviert habe, bin ich zum Einen durch einen problematischen Fall in meiner Verwandtschaft gestoßen.

Zum Anderen, durch die Überlegung, dass durch weitere Kostendämpfungsmaßnahmen im Gesundheitssystem in Zukunft alternative Therapieformen interessanter werden könnten.

Es wird im gesteigerten Maße erkannt und anerkannt, dass alternative Therapien, als ein effizientes Mittel zur Prophylaxe und Heilung von Krankheiten, genutzt werden können.

Die großfrüchtige Moosbeere (*Vaccinium macrocarpon*), ist eine Beerenstrauchart in der Gattung der Heidelbeeren aus der Familie der Heidekrautgewächse. Die englische Bezeichnung Cranberry leitet sich aus „crane berries“ („Kranichbeere“) ab, da die Staubfäden der Blüten einen Schnabel bilden, der die ersten Siedler an einen Kranichschnabel erinnerte. In Deutschland befindet sich die Kranbeere häufig unter dem falschen Namen „Kulturpreiselbeere“ im Handel, schmeckt aber deutlich anders als Preiselbeeren. Sie ist herb und sehr sauer.

Medizinische Bedeutung

Cranberry

Cranberry enthalten starke Antioxidantien. Die in verschiedenen Studien nachgewiesene Wirksamkeit von Cranberrysaft zur Vorbeugung von Mund-, Magen- und Harnwegsinfektionen beruht nicht auf einer bakterio-statischen Wirkung, sondern auf der Eigenschaft bestimmter Inhaltsstoffe, Bakterien an der Bildung eines Biofilms zu hindern. Cranberrysaft verhindert so die Anhaftung von Bakterien an das Epithel der Harnwege. Die Erreger finden keinen Halt und können so mit dem Harn ausgeschwemmt werden. Im menschlichen Urin konnte bei 15 von 22 Personen bereits nach 1–3 Stunden nach der Einnahme von Cranberrysaft eine sig-

nifikante antiadhäsive Wirkung im Urin festgestellt werden. Darüber hinaus scheiden Personen, die den Saft trinken, vermehrt Salicylsäure aus, welche entzündungshemmend wirkt.

Inzwischen ist in klinischen Studien nachgewiesen, dass Cranberry und ihr Saft wirksam zur Vorbeugung von Harnwegsinfektionen u.a. mit *Escherichia coli* sind. Eine Studie, bei der Kosten und Effektivität von verschiedenen Cranberryprodukten untersucht wurden, ergab, dass die Anzahl der Harnwegsinfekte bei 150 sexuell aktiven Frauen mit Saft und Trockenextrakt signifikant gesenkt werden konnte. Ein signifikanter ernährungsmedizinischer Effekt wurde im Hinblick auf die akute Zystitis bei jungen Hochrisiko-Frauen und eine starke Evidenz im Hinblick auf rezidivierende unkomplizierte Harnwegsinfektionen beobachtet, vor allem bei sexuell aktiven Frauen.

Laut den aktuellen Empfehlungen der deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin wird allerdings die Studienlage bezüglich Harnwegsinfektionen bemängelt und keine Therapieempfehlung für Cranberryprodukte ausgesprochen. In einer Leitlinie der europäischen Gesellschaft für Urologie werden Cranberryprodukte als Maßnahme zur Vorbeugung von Harnwegsinfekten erwähnt. Sie werden aber als der Antibiotikagabe unterlegen bewertet.

Als wirksamer Bestandteil kommen sowohl Proanthocyanidine als auch

1-O-Methylgalactose, Prunin und Phlorizin in Frage.

Aktuelle Untersuchungen zeigen, dass für die Wirkung auf p-Fimbrien tragende *E. coli* höhermolekularer Inhaltsstoffe aus der Substanzklasse der Proanthocyanidine (PAC) verantwortlich sind.

Diese Proanthocyanidine gehören zur polyphenolischen Gruppe der Flavanole. Speziell handelt es sich in Cranberry hauptsächlich um Oligomere des Catechins und Epicatechins, die wegen ihrer eiweißdenaturierenden Eigenschaften auch als kondensierte Tannine bezeichnet werden. Es wurde gezeigt, dass die A-förmigen Cranberry-Proanthocyanidine für die Anti-Adhäsions-Wirkungen verantwortlich sind, während B-förmige Proanthocyanidine in anderen Nahrungsmitteln nur geringfügig oder keine Aktivität aufzeigen.

Diese A-förmigen PAC unterscheiden sich strukturell von den PAC in Grüntee oder Schokolade, denen keine Anti-Adhäsions-Effekte zugesprochen werden konnten. Auch bei vielen anderen auf diese Eigenschaft hin untersuchten Früchten konnten Inhaltsstoffe mit vergleichbarer anti-adhäsiver Wirkung nicht nachgewiesen werden.

Laut der Fachzeitschrift *Caries Research* haben amerikanische Forscher entdeckt, dass Cranberry die Bildung von Zahnbelag reduzieren können. Die Wirksamkeit bei Mundinfektionen mit *Streptococcus mutans* beruht auf einer Hemmung der Biofilm-Produktion. Cranberry sind nicht

wirksam gegen Besiedlung mit Bakterien in den Stirnhöhlen oder im Darm.

Sorten

Es sind etwa 130 Sorten der Kranbeere bekannt, teils mit dunkelrot bis schwarz gefärbten Früchten. Allerdings stammen etwa 99 % der kommerziell angebauten Früchte von lediglich etwa einem Dutzend meistangebauter Sorten. Zu den wichtigsten Sorten zählen Ben Lear, Early Black, Howes, McFarlin und Searles.

Die Preiselbeere

Die Preiselbeere (*Vaccinium vitis-idaea*), in Nordwest-Deutschland auch Kronsbeere, in West- (Tirol) und Südost-Österreich Granten, in Südost-Deutschland Moosbeere, auch Riffelbeere oder Grestling, ist eine Pflanze aus der Gattung der Heidelbeeren.

Wegen des Gehaltes an Benzoe- und Salicylsäure, die auch als Konservierungsmittel eingesetzt werden, sind Erzeugnisse aus Preiselbeeren meist gut haltbar.

Die Früchte enthalten neben Vitamin C auch die Vitamine B1, B2, B3 und Beta-Karotin (Vitamin A), an Mineralstoffen vor allem Kalium, Calcium, Magnesium und Phosphat. Ihr Gehalt an Anthocyan lässt annehmen, dass der Genuss der Beeren oder des Saftes vor Nieren- und Harnblaseninfektionen schützt, da sie möglicherweise das Einnisten der Bakterien in der Schleimhaut verhindern. Auch zur Senkung des Cholesterinspiegels und bei der Behandlung rheumatischer Erkrankungen kann die Pflanze eventuell von Nutzen sein. Die aktuelle Forschung untersucht diese Zusammenhänge.

Die getrockneten Blätter (=Blattdroge) sind im Arzneibuch gelistet und werden als *Vitis-Ideae Folum* bezeichnet. Sie werden unter anderem als Ersatzdroge für *Uvae-Ursi Folium* verwendet.

Außerdem enthalten die Früchte Anthocyanoside und flüchtige Verbindungen, unter anderem aliphatische Alkohole und Aldehyde, Flavonoide wie Quercetin, Triterpene sowie organische Säuren wie Benzoe- und Syringasäure.

Akute, unkomplizierte Harnwegsinfektionen

Meist wandern bakterielle Erreger aus dem Darm über die Harnröhre in die Harnblase und verursachen eine Ureth-

ritis und/oder Zystitis. Wegen der anatomischen Nähe von Darm- und Harnröhrenöffnung und der kürzeren Harnröhre sind Frauen wesentlich häufiger als Männer betroffen.

Risikofaktoren

- Kälte und Nässe
- Stress
- Menstruation
- Geschlechtsverkehr, z.B. bei der sog. "Flitterwochen"-Zystitis
- Kontrazeption (Diaphragma)
- Fremdkörper, z.B. bei Manipulation
- Medikamente, z.B. Immunsuppressiva, Chemotherapeutika
- Zusatzkrankungen, z.B. Diabetes mellitus
- Schwangerschaft

Klinik

- Pollakisurie: häufiger Harndrang, z.T. alle 10–20 min; jeweils nur geringe Urinmenge; normale Urinmenge über 24 Stunden
- Dysurie: Beschwerden beim Wasserlassen, z.B. Schmerzen, Brennen
- Blasespasmen: krampfartige Schmerzen oberhalb des Schambeines durch Kontraktionen der Blasenmuskulatur
- Druckschmerz in der Blasengegend

Medizinische Therapie

- Allgemeine Maßnahmen: viel trinken; 2–4 l tgl. je nach Herzstatus
- Trimethoprim (Infectotrimet: Erwachsene 2x100 mg), (Leitlinie Brennen beim Wasserlassen der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM), 2002)
- NW: Exanthem, Gastrointestinale Beschwerden, Anstieg von Kreatinin
- Antibiotika: bei Frauen Kurzzeittherapie 1–3 Tage; Diabetiker, Schwangere Behandlung über 7–10 Tagen
- Einsatz von Cotrimoxazol (z.B. Bac-trim), NW: gastrointestinale Störung, allergische Reaktion, Blutbildschäden
- Amoxicillin: Einsatz, während der Schwangerschaft möglich, NW: gastro-intestinale Störung, Exantheme, Überempfindlichkeitsreaktionen
- Spasmolytika: bei Schmerzen (Buscupan) NW: Urtikaria, Tachykardie, Miktionsbeschwerden (Maria Lohmann, 2000)
- Vitalzeichenkontrolle (Pfleßmaßnahmen bei Fieber)

Komplikationen

Aufsteigen der Infektion und Beteiligung der oberen Harnwege

Cave: Fieber, Schmerzen im Nierenlager und eine stärkere Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens weisen auf eine Beteiligung der Niere hin!

Alternative Therapien

- Ernährung: 2–4l Trinkmenge, vorzugsweise Kräutertees und stilles Mineralwasser; Kaffee, Alkohol und schleimhautreizende Gewürze meiden, Zuckerkonsum reduzieren.
- Phytotherapie: Bärentraube, Goldrute, Kapuzinerkresse

Tee bei akutem Harnwegsinfekt

- | | | |
|------------|--------------------------|-----------|
| • Rezeptur | • Rad. Orthosiphonis | • 30.0 mg |
| | • Fol. Uvae ursi | • 20.0 mg |
| | • Fol. Betulae | • 20.0 mg |
| | • Rad. Taraxaci c. Herb. | • 10.0 mg |
| | • Herb. Urticae | • 10.0 mg |
| | • Flor. Chamomollae | • 10.0 mg |

M. f. spec. D.S.: 1 TL mit 1 Tasse Wasser kalt ansetzen, kurz aufkochen, ziehen lassen und nach 5 Min. abseihen, mehrmals tgl. 2 Tassen. (Maria Lohmann, 2000)

• Homöopathische Therapie

Dosierung: im akuten Fall können die Mittel 1/2 stdl. eingenommen werden.

- Aconit D6: plötzlicher Beginn; im frühen Stadium passend; Tenesmen Urin heiß; und evt. rot
- Cantharis D6: unerträglicher Harndrang; aber nur wenige Tropfen gehen ab; starke brennende und schneidende Schmerzen, dunkler, trüber, auch blutiger Urin
- Apis D6: stechende und brennende Schmerzen beim Wasserlassen; unfreiwilliger Harnabgang; die letzten Tropfen brennen

• Körperakupunktur

Auszug nach Auffassung der TCM KG 3 Alarmpunkt Blase; Einfluss auf die Blutzirkulation im Unterleib KG 4 Alarmpunkt Dünndarm; Urogenitalerkrankungen B 28 Zustimmungspunkt Blasen-Meridian B 23 Alarmpunkt Nieren-Meridian (Maria Lohmann, 2000)

Akupunktur als Empfehlung der (Leitlinie Brennen beim Wasserlassen der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM), 2002).



Akupunkturpunkte bei HWI

Physikalische Therapie

- Sitzbäder mit Schachtelhalm (50 g mit ½ l kochendem Wasser übergießen) ca. 38 °C, 10–15 min.
- Heublumenpackung (Baumwollbeutel mit 500 g Heublumen füllen; 20 min. dämpfen) so heiß als möglich auf den Bauch legen; mit einem Baumwolltuch abdecken; 1 Std. ruhen
- Ansteigendes Fußbad: 50 g Schachtelhalm mit ½ l kochendem Wasser übergießen, in eine Fußbadewanne geben und mit Wasser auffüllen. Anfangstemperatur ca. 33°C, innerhalb von 15 min. durch zufließendes Wasser die Temperatur auf 39 – 40°C steigern. Anschließend abtrocknen.
(Maria Lohmann, 2000)

Tipps zur Lebensführung

- Auf ausreichende Trinkmenge achten, min. 2l täglich.
- Keine synthetische Unterwäsche tragen
- Keine zu enge Kleidung tragen
- Unterkühlung vermeiden, auf „warme“ Füße achten
- Hygiene: Reinigungsrichtung nach dem Stuhlgang von vorne nach hinten
- Keine parfümierten Seifen verwenden
- Wasserlassen nach dem Geschlechtsverkehr
- Zur Toilette gehen, sobald der Drang verspürt wird
- Abbau von Stressfaktoren
- Behandlung einer Obstipation

Studien über Cranberrysaft

Die erste Studie wurde auch in der Leitlinie 1 der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) "Brennen beim Wasserlassen" erwähnt.

1. Cranberries for preventing urinary tract infections

Jepson RG, Craig J.

Universität Edinburgh Update Cochrane Database Syst Rev. 2008

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/14973968> [Stand 31.01.2009])

Freie Übersetzung der Facharbeits-Autorin

Schlussfolgerung des Autors (Jepson RG)

Es gibt einige Anzeichen dafür, dass Cranberrysaft die Anzahl der symptoma-

tischen HWIs über einen Zeitraum über 12 Monaten verringern kann, besonders bei Frauen mit wiederkehrenden HWIs. Die Wirksamkeit bei anderen Gruppen (z.B. bei älteren Männern und Kindern ist weniger gewiss). Die große Zahl von Abbrechern zeigt, dass Cranberrysaft nicht gerne über einen längeren Zeitraum eingenommen wird. Es ist nicht klar, welche die optimale Dosierung oder die Art der Verabreichung (z. B. Saft, Tabletten oder Kapseln) ist. Weitere wissenschaftlich fundierte Studien bzw. Resultate sind notwendig.

2. Randomised trial of cranberry-lingonberry juice and Lactobacillus GG drink for the prevention of urinary tract infections in women

Tero Kontiokari, assistant professor a Kaj Sundqvist, head of department b, M Nuutinen, assistant professor a, T Pokka, statistician a, M Koskela, senior physician, M Uhari, professor a. a Department of Pediatrics, University of Oulu, Oulu, Fin-90220, Finland, b Finnish Student Health Service, Oulu, Finland, c Laboratory of Clinical Microbiology, Oulu University Hospital, Oulu, Fin-90220, Finland

Schlussfolgerung des Autors (Tero Kontiokari)

Die Gruppen waren gleich in ihren grundsätzlichen Eigenschaften, betreffend ihres Risikos einer HWI. Die Probanden hatten vorher die Cranberry- oder Lactobacillus-Produkte nur gelegentlich eingenommen. Nur 13 Frauen verließen die Studie. 4 (8%) in der Cranberry-Gruppe, 4 (8%) in der Lactobacillus-Gruppe und 5 (10%) in der Placebo-Gruppe, meistens weil sie weggezogen sind. Es gab keine Veränderungen im Ernährungsverhalten während des Versuchszeitraumes.

Während der sechs Monate, hatten 8 (16%) Frauen in der Cranberry-Gruppe, 19 (39%) Frauen der Lactobacillus-Gruppe und 18 (36%) in der Placebo-Gruppe zumindest einen HWI. Das ist eine 20%ige Verringerung des absoluten Risikos in der Cranberry-Gruppe verglichen mit der Placebo-Gruppe. Die Zahl derer, die einen Rückfall in den letzten 12 Monaten hatten, waren 12 in der Cranberry, 21 in der Lactobacillus, 19 in der Placebo-Gruppe.

Die zusätzlichen Ersterkrankungen eines HWI's unterschieden sich deutlich zwischen den Gruppen im gesamten Versuchszeitraum.

Das Wiederauftreten, während des Studienzeitraumes, war deutlich geringer in der Cranberry-Gruppe gegenüber der Kontrollgruppe.

Wir erstellten auch eine Analyse basierend auf der Annahme, dass Frauen, die vorher die Beobachtungsgruppen verlassen haben, hinterher einen HWI haben. Im Vergleich zu diesen, die die Kontrollgruppe nicht verlassen haben.

Die Unterschiede im Auftreten der ersten HWI blieben deutlich bestehen. Nachdem wir bezüglich Alter, Vorgeschichte der HWI, unregelmäßige Einnahme, die Einnahmehäufigkeit und die Flüssigkeitsaufnahme zu Anfang der Studie standardisiert haben, blieb als einzige erklärbare Variable für die Prophylaxe eines wiederkehrenden Harninfektes nur der Cranberrysaft.

Verkostung von Preiselbeersaft und Cranberrysaft

Aufgrund der von Jepson RG in seiner Studie beschriebenen hohen Abbrecherate, führte ich mit fünf Personen eine Verkostung durch. Sie wussten nicht, was sie tranken. Nach eigenen Aussagen, hatten sie noch nie vorher Preiselbeersaft oder Cranberrysaft getrunken.

Aussagen bei der Verkostung

Cranberry	Preiselbeere
3,5gr. Zucker/100 ml Muttersaft	7,5gr. Zucker/100ml Muttersaft
hellrot	Rubinrot bis tiefrot
Mäßig trüb	Trüb
	Sehr viele Schwebestoffe
Nicht sehr intensiver Fruchtgeruch	Sehr intensiver fruchtiger Geruch
Sauer, herb	Sehr herb
Leichter im Abgang	Gerbend im Mund-Rachenraum
weniger konzentriert	Sehr Tannin-haltig
	pelziges Gefühl
	Sehr sauer



Zusammenfassung mit persönlicher Stellungnahme

Die Behandlung mit Preiselbeersaft oder Cranberrysaft ist möglicherweise eine Alternative zur klassischen Behandlung z.B. nach den Behandlungsrichtlinien der deutschen Allgemeinmediziner. Wie andere Naturheilverfahren oder Behandlungsverfahren hat sie ihre Bedeutung in der Medizin, die oft nur gegen Symptome und nicht gegen die Ursachen gerichtet ist.

Die Anwendung von Preiselbeersaft oder Cranberrysaft können Beschwerden lindern, das Wohlbefinden fördern und damit für den Patienten einen Gewinn an Lebensqualität bringen. Die Verträglichkeit von Preiselbeer- und Cranberrysaft ist gegenüber von Antibiotika wesentlich besser und man vermeidet die üblichen Nebenwirkungen von Antibiotika, genauso wie man die Gefahr einer Antibiotikaresistenz herabsetzt.

Preiselbeer- und Cranberrysaft als Therapieform bei einem akuten Harnwegsinfekt sollten nur unter Begleitung eines Arztes oder Facharztes angewendet werden, nur diese können Symptome einschätzen und differenzieren! Vorhandene Studien befassen sich hauptsächlich mit der Prophylaxe von Harnwegsinfektionen und nicht mit der Therapie eines akuten, unkomplizierten Harnwegsinfektes bei der Frau.

Es sollten weitere

- größere
- über einen längeren Zeitraum verlaufende
- wirtschaftlich unabhängige

- evidenzbasierte Studien über die Wirksamkeit von Preiselbeere oder Cranberry bei akuten Harnwegsinfektionen.
- unter Verwendung von Muttersaft erfolgen.

Allerdings ist der Wirksamkeitsnachweis also der zeitliche und kausale Zusammenhang zwischen der Therapie und dem Heilerfolg in der alternativen Medizin oft mit anerkannten wissenschaftlichen Methoden nicht zu erbringen und ist so Gegenstand von Kontroversen. Stellt der Patient eine Wirkung fest, z.B. laut der Finnischen Studie von Tero Kontiokari eine 20% Wirkung, so liegt noch keine direkte Kausalität vor. Andererseits sind Wirkungen nicht nur deshalb existent, weil die Schulmedizin mit ihren Methoden sie nachzuweisen vermag. Vorrangig sollte eine gute Anamnese des Arztes oder einer Pflegefachkraft stehen, denn durch eine anschließende gute Patientenedukation, die allgemeine und spezielle Verhaltensempfehlungen beinhaltet, kann bei vielen Patienten das erneute Auftreten eines einfachen, unkomplizierten Harnwegsinfektion vermieden werden.

Objektiv betrachtet sind Cranberry und Preiselbeere bezugnehmend auf vorhandene Studien keine adäquate Therapieform zu anderen anerkannten alternativen Therapieformen wie Akupunktur, Homöopathie und Phytotherapie bei einem akutem, unkomplizierten Harnwegsinfekt der Frau.

Empfehlung

1. Eine Therapie mit Preiselbeersaft [wegen der Proanthocyanidine (PAC) und dem höheren Quercetingehalt als bei Cranberrysaft] eines einfachen unkomplizierten Harnwegsinfektes ist nur unter Begleitung eines Arztes zu empfehlen.
2. Einhalten der Tipps zur Lebensführung
3. Anwendung bei jungen Patientinnen ohne Zweiterkrankung
4. Verwendung von Preiselbeer-Muttersaft
5. Bei einer akuten unkomplizierten Harnwegsinfektion:
2 x tgl. 100 ml Preiselbeersaft vor dem Essen und 1 x tgl. vor dem Schlafengehen.
6. Anwendungsdauer bis zu 5 Tagen oder bis zur subjektiven Beschwerdefreiheit der Patientin.

7. Aus ökologischen Aspekten ist Preiselbeersaft durch den Anbau in Europa und die ökologischere Ernte den Cranberries vorzuziehen.

Falls sich ein Therapieerfolg nicht einstellen sollte, muss auf die konventionelle Therapie (Antibiotika) zurückgegriffen werden.

Die Preiselbeere zur Prophylaxe eines chronischen Harnwegsinfektes ist in Studien bereits öfters empfohlen und wird in mehreren Kliniken angewandt. Allerdings erscheint die Verwendung in Tablettenform, wegen der hohen Abbruchwahrscheinlichkeit äußerst empfehlenswert.

Literaturquellen:

Maria Lohmann (2000)
Naturheilkunde
Medizinische Grundlagen, Diagnosen, Therapie, 1. Auflage
Urban&Fischer Verlag München

Leitlinie Brennen beim Wasserlassen der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM), Stand 2002

Großfrüchtige Moosbeere aus Wikipedia
http://de.wikipedia.org/wiki/Großfrüchtige_Moosbeere [Stand: 30.01.2009]

Preiselbeere aus Wikipedia
<http://de.wikipedia.org/wiki/Preiselbeere> [Stand: 30.01.2009]

U.S. National Library of Medicine and the National Institutes of Health
Internetseiten des NCBI
[Stand: 31.01.2009]

Zu meiner Person



Angelika Weiß
Schobserstraße 3
80638 München
0160/8938754

Angelika.wweiss@online.de

Derzeitige Tätigkeit:
Krankenschwester am Rotkreuzklinikum München
Mentorin
Wundexpertin ICW e.V.
Pflegetherapeut ICW e.V.
Berufsbezeichnung: Krankenschwester

Anleitung zum ISK bei Angehörigen des muslimischen Glaubens

Betroffene mit einer Blasenfunktionsstörung, bedingt durch Spina Bifida, multiple Sklerose, erworbenen Querschnittslähmungen und neurogenen Blasenfunktionsstörungen nach Operationen werden oftmals zum intermittierenden Selbstkatheterismus angeleitet.

Bei muslimischen Menschen, die in den 70er Jahren nach Deutschland gekommen sind, sind immer mehr Menschen von einer Kontinenzstörung betroffen, die eine Anleitung zum intermittierenden Selbstkatheterismus erforderlich macht. Aus dieser Tatsache resultiert ein steigender Informations- und Schulungsbedarf für diese spezielle Zielgruppe.

Zunächst werden in diesem Beitrag allgemeine Grundlagen zum intermittierenden Selbstkatheterismus dargestellt. Danach werden die religiösen und kulturellen Besonderheiten bei Angehörigen des muslimischen Glaubens in Bezug auf Krankheit, Intimsphäre und gegengeschlechtlichen Umgang vorgestellt.

Den Schluss bildet das Fazit, wie muslimische Glaubensgrundsätze bei der Anleitung zum intermittierenden Selbstkatheterismus eine Rolle spielen und von der anleitenden Pflegekraft angemessen berücksichtigt werden sollten.

Erkrankungen wie Apoplexie, Multiple Sklerose, Spina Bifida und andere, meist erworbene Querschnittslähmungen, die eine Blasenentleerungsstörung zur Folge haben, machen oftmals den Einsatz des intermittierenden Selbstkatheterismus zur kontinuierlichen Blasenentleerung erforderlich.

1. Definition des intermittierenden Selbstkatheterismus

Beim intermittierenden Selbstkatheterismus (ISK) wird in regelmäßigen Abständen

ein dünner, flexibler Schlauch – der Katheter – zur Entleerung des Harns in die Blase eingeführt.

Die Blase wird vollständig entleert und der Katheter nach der Entleerung langsam und schonend entfernt.¹

Der intermittierende Katheterismus wird meist als Selbstkatheterismus durchgeführt, kann aber natürlich auch als Fremdkatheterismus durchgeführt werden. Im zweiten Fall werden dementsprechend die Pflegepersonen oder Angehörige dazu angeleitet.

Geschichte²

Der intermittierende Katheterismus ist keine Erfindung der Neuzeit. Bereits in der Blütezeit der Ägypter und der Römer wurde der intermittierende Katheterismus, wie alte Schriftstücke zeigen, praktiziert. Im 2. Weltkrieg führte Sir Ludwig Guttmann den intermittierenden Katheterismus ein.

In den 70er Jahren führte Dr. Lapedes in den USA eine Studie durch, in der Patienten mit einem transurethralen Dauerkatheter und Patienten, die sich selbst katheterisierten, verglichen wurden. Die Ergebnisse zeigten, dass Patienten, die den sauberen Katheterismus durchführten bessere urologische Messwerte

hatten als Patienten mit einem transurethralen Dauerkatheter.

Seit dieser Zeit hat sich die Methode des ISK als Behandlungsform der neurogenen Blasenfunktionsstörung und Restharnentleerungsstörungen etabliert.

Die Anleitung eines Patienten zum ISK besteht aus mehreren Schritten:

1. Information und Kennenlernen der betroffenen Person und der anleitenden Person
2. Erläutern der einzelnen Schritte
3. Auswahl des Katheters und vertraut machen mit dem Produkt
4. Durchführen des Katheterisierens durch anleitende Person
5. Durchführen des Katheterisierens durch betroffene Person unter Anleitung
6. Selbstständige Durchführung durch die betroffene Person

Die Lern- und Übungsphase kann unterschiedlich lang dauern und erfordert seitens der anleitenden Person oft viel Geduld und individuelles Einfühlungsvermögen.

¹ Patientenratgeber ISK der Firma Astra Tech, Seite 26

² D. Hegeholz, in „MagSi“ Magazin von 12/2001, Seite 39



Umso mehr trifft dies bei betroffenen Personen aus dem muslimischen Kulturkreis zu.

2. Grundsätze des Islam und das Erleben von Krankheit in diesem Kulturkreis

Grundsätzlich findet man im islamischen Kulturkreis eine strenge Geschlechtertrennung vor. Häufig vertritt der Mann das öffentliche Leben, während die Frau ihren Zuständigkeitsbereich in der häuslichen Umgebung hat. Generell spielt das Familienleben eine wichtige Rolle, was sich u.a. darin widerspiegelt, dass zum Beispiel Familienmitglieder bei einem Krankenhausaufenthalt häufig und oft durch die Familie besucht werden. Zwar ist der Familienzusammenhalt je nach Herkunft und Länge des Aufenthaltes in Deutschland bei muslimischen Patienten unterschiedlich ausgeprägt, jedoch ist er überall vorzufinden. Ebenso spielt das Erleben von Krankheit im Sinne des Islam eine Rolle bei der Pflege, beziehungsweise Anleitung zu pflegerischen Tätigkeiten. Im Islam herrscht die Vorstellung vor, dass das Schicksal in Allahs Hand liegt, was somit zu einer ausgesprochenen Passivität des Patienten im Krankheitsfall führen kann. Daher kann es auch schwierig sein, einem Patienten die Notwendigkeit näher zubringen, sich mehrmals täglich zu katheterisieren. Hier wäre es wichtig als anleitende Person darauf hinzuweisen, dass der Koran ausdrücklich formuliert, dass der gläubige Muslim auf seine Gesundheit

achten soll, da auch die Gesundheit eine Gabe Allahs ist. Der gläubige Muslim ist somit Allah am Jüngsten Tag rechen-schaftspflichtig, wie er mit dieser Gabe umgegangen ist.³

Dieser Hinweis im Aufklärungs- und Beratungsgespräch kann hilfreich sein, um eine höhere Compliance beim Patienten zu erreichen.

3. Die Intimsphäre und der gegengeschlechtliche Umgang

Im Islam gibt es strenge Regeln für den gegengeschlechtlichen Umgang der Gläubigen. Von dieser Vorschrift sind nur Kinder bis zur Pubertät ausgenommen.⁴ Gegengeschlechtlicher Umgang bedeutet für die Anleitung zum intermittierenden Katheterismus, dass nur weibliche Pflegepersonen eine Frau anleiten, männliche Pflegepersonen nur Männer. Dies ist jedoch im pflegerischen Alltag nicht immer so umzusetzen und stellt somit ein potentielles Konfliktfeld dar. In der Regel schämen sich Muslime überhaupt, über körperliche Funktionen wie Stuhlgang, Wasserlassen oder Auswurf zu sprechen.

Der Koran definiert den Intimbereich bei den Frauen von den Oberschenkeln bis zum Hals und bei den Männern vom Nabel bis zum Knie.

Sicherlich erlebt jede Pflegeperson, die Betroffene zum intermittierenden Katheterismus anleitet, dass Patienten in dieser Situation starke Schamgefühle entwickeln. Bei Betroffenen des muslimischen Kulturkreises kann dies im Einzelfall noch stärker ausgeprägt sein, was

dann natürlich zusätzliche Barrieren aufbaut. Sicherlich gibt es auch hier individuelle Unterschiede und persönliche Charaktereigenschaften, die eine Rolle im Umgang mit dieser Situation spielen. Jüngere Personen, die in Westeuropa aufgewachsen sind und mehr von der westlichen Kultur geprägt worden sind, haben unter Umständen weniger große Schamgefühle. Bei Betroffenen, die ihre Religionsausübung sehr ernst nehmen, kann dies jedoch zu Problemen in der Umsetzung des geplanten pflegerischen Versorgungsprozesses führen. In der täglichen Arbeit hat es sich als hilfreich erwiesen, diese Thematik offen und sachlich, aber behutsam und mit dem notwendigen Taktgefühl anzusprechen. Nach Möglichkeit sollte die anleitende Person gleichgeschlechtlich sein. Sollte dies aus personaltechnischen Gründen nicht möglich sein, sollte Folgendes berücksichtigt werden: Wenn man zum Beispiel als anleitende weibliche Person einen jüngeren pubertierenden Mann zum Katheterisieren anleiten soll, ist es wichtig, das Familienoberhaupt mit in die Aufklärung einzubeziehen, und ihn nach Wunsch auch bei der Anleitung anwesend sein zu lassen. Sollte die Anleitung durch die weibliche Pflegeperson ausdrücklich nicht erwünscht sein, ist dies in jedem Fall zu

3 „Muslimische Patienten - Ein Leitfaden zur interkulturellen Verständigung in Krankenhaus und Praxis“, 40

4 „Muslimische Patienten - Ein Leitfaden zur interkulturellen Verständigung in Krankenhaus und Praxis“, Seite 68





respektieren und nach einer anderen Lösung zu suchen.

4. Körperpflege und Sauberkeit

Sauberkeit und Körperpflege spielen im Islam eine besondere und wichtige Rolle in der religiösen Bedeutung.

Daher ist es zum Beispiel für den muslimischen Gläubigen eine Selbstverständlichkeit, regelmäßig eine Intimrasur durchzuführen.

Die Reinigung nach der Miktion oder Defäkation erfolgt ausschließlich mit der linken Hand, da diese, wie auch die Ausscheidungen selbst, als unrein gilt.⁵ Für die Anleitung zum intermittierenden Katheterismus bedeutet dies, dass Frauen die Labien mit der linken Hand spreizen, Männer den Penis mit der linken Hand zur Bauchdecke strecken. Die rechte Hand führt dann den Katheter in die Harnröhre ein.

Da körperliche Sauberkeit, insbesondere eine gute Intimpflege, bei den Betroffenen aus dem muslimischen Kulturkreis aufgrund der Grundsätze Ihres Glaubens oft selbstverständlich ist, ist die Bereitschaft der Patienten zur Durchführung einer gründlichen Intimpflege, sowie die Vornahme einer Schleimhautdesinfektion vor dem Einmalkatheterisieren meist kein Problem.

Die tägliche Erfahrung im Anleiten zum intermittierenden Katheterismus bei Betroffenen aus dem muslimischen Kulturkreis zeigt auch, dass, wenn die

Betroffenen in der Lage sind, den Katheterismus selbstständig durchführen, sie dies auch meist regelmäßig und zuverlässig weiter fortführen und dabei die Regeln des aseptischen Handelns beachten.

5. Fazit

Auch bei der Anleitung zum intermittierenden Katheterismus gilt, dass jeder Gläubige unter der Berücksichtigung seiner religiösen Glaubensgrundsätze behandelt werden sollte.⁶

Bei der Recherche zu dieser Facharbeit wurde festgestellt, dass es leider nur wenig Literatur zu diesem Thema gibt, obwohl sicherlich viele Pflegende, ob sie als Pflegende in der Klinik, in der Sozialstation oder im Home Care Bereich arbeiten, mit dieser Thematik in ihrer alltäglichen Arbeit konfrontiert werden. Daher ist es ein besonders wichtiges Anliegen, Pflegende und Ärzte für dieses Thema zu sensibilisieren.

Eine große Unterstützung und Hilfe durch die produzierenden Unternehmen könnte die Herstellung von Infobroschüren und Ratgebern für Betroffene aus dem muslimischen Kulturkreis sein, die nicht nur die fachliche Thematik übersetzen, sondern die Glaubensgrundsätze in den Beschreibungen gleich mit berücksichtigen.

⁵ „MagSi“ Magazin von 08/2006, Seite 21,22
⁶ „MagSi“ Magazin von 12/2008, Seite 17

Grundlage für diesen Artikel waren Auszüge aus der folgenden Facharbeit:

Die Anleitung zum intermittierenden Selbstkatheterismus bei betroffenen aus dem muslimischen Kulturkreis Problematik und Ausblick



Eine Facharbeit von Ilona Woelke, entstanden im Januar 2009 im Rahmen der Weiterbildungsmaßnahme „Urotherapie“ am Institut für Aus-, Fort- und Weiterbildung Neufelder Straße 46, 51058 Köln

Ilona Woelke, ex. Krankenschwester
 Vertrieb: Medical Service GmbH
 Luisenstraße 8
 75378 Bad Liebenzell

Literaturverzeichnis

1. Astra Tech GmbH, „Patientenratgeber ISK“
2. Becker, Silke A.; Schultz – Gambard, Jürgen; Wunderer, Eva, „Muslimische Patienten – Ein Leitfaden zur interkulturellen Verständigung in Krankenhaus und Praxis“
3. DVET Fachverband Stoma und Inkontinenz e.V., „MagSi – Magazin“, Ausgaben 12/2001, 08/2006 und 12/2008

Parastomale Hernien

Parastomale Hernien stellen ein häufiges Problem nach Stomaanlagen dar, wobei die Angaben zur Inzidenz schwanken.

Sicher sind aber mindestens die Hälfte aller Langzeitstomaträger betroffen, wobei die Dunkelziffer noch deutlich höher liegt. Viele Patienten die eine Hernie haben arrangieren sich mit diesem Zustand und stehen einer erneuten Operation ablehnend gegenüber bzw. sind über operative Versorgungsmöglichkeiten nicht oder nur unzureichend informiert. Diese Problematik betrifft natürlich in erster Linie die Träger von endgültigen Stomata.

Bei der Hernienbildung kommt es zu einer Dehiszenz zwischen dem ausgeleiteten Darmabschnitt und der umgebenden Bauchdecke, die sich bei jeder Erhöhung des intraabdominellen Druckes (vor allen Dingen beim Niesen, Husten, Pressen etc.) erweitert. Dabei ist es im Gegensatz zur landläufigen Meinung unerheblich, ob das Stoma durch den geraden Bauchmuskel läuft oder seitlich davon. Im Vollbild der Hernie sind dann oft Anteile des großen Netzes und/oder Dünndarmschlingen im



Bruchsack zu finden.

Nur selten zwingen akute Komplikationen wie Darmeinklemmung

und Verschluss zur notfallmäßigen Operation. Meist kommt der Patient – oft nach einer langen Zeit des Abwartens – wegen Versorgungs- oder kosmetischen Problemen zur Vorstellung.

Während das Tragen von Leibbinden nach Maß mit Stomaöffnung das Problem für eine gewisse Zeit lindern kann, besteht heutzutage eigentlich eine klare Operationsindikation. Aufgrund der Verbesserung möglicher Operationstechniken und der verwendeten Materialien sollten Patienten positiv für eine operative Versorgung beraten, aber nicht überredet werden.

Die früher oft durchgeführte Einengung des Stomakanales durch Direktnaht ist langfristig wenig stabil und garantiert praktisch die Rezidivhernie. Diese

Methode sollte nur noch Einzelsituationen vorbehalten werden. Zum Einsatz kommen heute nichtresorbierbare Netze aus Polypropylen mit oder ohne Beschichtung.

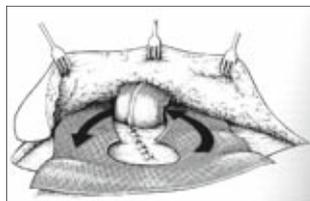


DynaMesh PP Light - Fa. P.J. Dahlhausen

Netze, die zwischen Peritoneum und Muskel (sog. Sublay-Technik) oder zwischen vorderem Fasziablatt und subkutanem Gewebe (sog. Onlay-Technik) positioniert werden, haben in der Regel keine Beschichtung. Netze die von der freien Bauchhöhle aus gegen die Bauchdecke gelegt werden (sog. IPOM-Netze) sind zur Darmseite hin beschichtet, um ein Verkleben des Darmes mit dem Netz zu verhindern.

Interessant ist in diesem Zusammenhang das Konzept, bei der primären Operation, die die Anlage des endgültigen Stomas beinhaltet, synchron ein geeignetes Netz einzubringen, um somit der späteren Ausbildung einer Hernie vorzubeugen. Die Forderungen an ein solches Netz zur Hernienprophylaxe sind gute Verträglichkeit, Wirksamkeit und akzeptable Kosten.

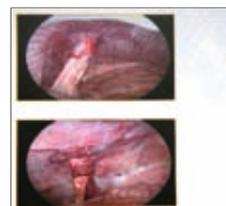
Auch in der Prophylaxe kommen Polypropylen-Netze zum Einsatz, dies vorzugsweise in Sublay Technik.



Da diese Netze keine Kontakt zum Darm haben und somit keine Spezialbeschichtung benötigen, liegen hier die Kosten pro Netz in der Regel zwischen 50 und 100 € verglichen zu den beschichteten Netzen die in der Regel das 5- bis 10-fache kosten.

Bisher sind noch relativ wenige wissenschaftliche Studien zur Prophylaxe der parastomalen Hernie veröffentlicht wurden, wobei sich diese von der Art, Größe und Positionierung des Netzes unterscheiden.

Gemeinsam ist allen eine sehr niedrige Anzahl von Komplikationen (0-5 %) und ermutigenden Ergebnisse der Nachbeobachtung (0-10 % Rezidive mit Mesh verglichen zu 50+ % Rezidiven ohne Mesh) wobei eingeräumt werden muss, dass die Nachbeobachtungszeiträume (durchschnittlich 12 bis 24 Monaten) noch zu kurz für eine abschließende Bewertung sind.



IPOM Netz der Fa. P.J. Dahlhausen

Im eigene Kollektiv haben wir seit Mitte 2007 mehr als 80 Patienten mit prophylaktischer Netzeinlage operiert.

Dies wurde im Prinzip bei allen Patienten mit geplanter Anlage eines endgültigen Kolostomas durchgeführt. In unserer Abteilung bevorzugen wir die Sublay-Position und verwenden ein leichtes PP-Netz, mit minimaler reaktiver Oberfläche und großen Poren. Kein Patient in der behandelten Gruppe erlitt eine gravierende Komplikation, wie Fistelung oder Abszess bzw. Arrosion des Darmes, bei keinem Patienten musste das Netz wieder entfernt werden. Dokumentierte Rezidive (Klinik und Ultraschall) finden sich bei weniger als 10 % der Fälle, wobei der Nachbeobachtungszeitraum mit maximal 2 1/2 Jahren auch in unserem Kollektiv noch zu kurz ist. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass in Übereinstimmung mit der Literatur und unseren eigenen Erfahrungen die prophylaktische Implantation eines parastomalen Netzes eine sinnvolle, komplikationsarme und von Seiten der Kosten akzeptable Therapie darstellt, die vor der Anlage eines endgültigen Stomas auf jeden Fall mit dem Patienten besprochen werden sollte.



Dr. B. Kirchdorfer
Leitender Oberarzt
Coloproktologie
Städt. Klinikum
München GmbH

Oskar-Maria-Graf Ring 51
81737 München
Tel.: 089-6794-2501
Fax: 089-6794-2517
E-Mail:
boris.kirchdorfer@klinikum-muenchen.de

Der professionelle Auftritt auf Messen

„Es reicht nicht aus goldene Eier zu legen, man muss auch gekonnt gackern“

Viele Messeaussteller unterschätzen die Bedeutung einer Messe. Sie ist ein Schaufenster des eigenen Fachhandels und der Leistungen. Geschäftskunden und Anbieter, Endverbraucher und Journalisten kommen manchmal hinzu. Der Kunde, der eine Messe und einen Messestand besucht ist prämotiviert, das heißt, dass er schon ein zielgerichtetes Vorhaben besitzt. Viele Messeaussteller und ihr Personal sind sich dieser Situation nicht immer bewusst. Erfreulicherweise findet man aber auch das genaue Gegenteil auf Messen; ein engagiertes und professionelles auftretendes Standpersonal. Was unterscheidet denn diese beiden Gruppen?

Ein Unterschied zwischen Messe und dem stationären Verkauf besteht darin, dass auf Messen die Zeit begrenzt ist. Hier ist es notwendig, in kurzer Zeit zu einem Ergebnis oder Termin zu kommen. Da ein Messeauftritt in der Regel zeitintensiv und kostspielig ist, sollt man im Vorfeld auf eine genau Planung bei der Werbung und Einladung achten. Auch wäre eine kleine Verkaufsschulung sehr sinnvoll. Hier stehen Argumentations- und Fragetechniken, sowie die Körpersprache im Vordergrund.

Das Ergebnis des Messeerfolgs lässt sich weniger am direkten Umsatz, als vielmehr an den verwertbaren Kontakten messen. Dies hängt auch von der Ausrichtung der Messe ab. Die Ausweitung vorhandener Geschäftsbeziehungen und akquisitorische Kontaktabahnung ist auf Messen die Aufgabe Nummer 1.

Die Bedeutung der Messe:

- Messe ist ein Höhepunkt im Marketinggeschehen und damit für den Vertrieb
- Messe ist eine Herausforderung an das Unternehmen und alle Verkäufer
- Messe bietet die größte Chance für Akquisition
- Messe ist auch eine Werbeveranstaltung
- Messe ist das Schaufenster des Unternehmens mit seinen Produkten und Mitarbeitern

- Messe ist Angebot der Leistungen, der Produkte, der Kompetenz und seinen Nutzen für Kunden.
- Messe ist eine Großinvestition. Auch Sie tragen Verantwortung, damit sich die Messe rentiert.
- Die Mitarbeiter im Marketing und Verkauf stehen im Mittelpunkt und sind im hohen Maße verantwortlich für den Messeerfolg.

Der Kunde, der auf die Messe kommt und Ihren Messestand betritt ist prämotiviert, d.h. es liegt ein gerichteter Wille vor, er will informiert werden.

Besuche sind auf der Messe offener und kauffreudiger als in Ihrem Geschäft. Der Besucher befindet sich auf Ihrem eigenen Territorium. Die Einladung zu einem Standbesuch mit Ihrem Produkt- und Leistungsangebot und Bewirtung, zeigen dem Kunden, dass er hier Gast ist. Verhalten Sie sich als Gastgeber.

Ein weiterer Unterscheid zum stationären Verkauf ist die Tatsache, dass der Raum beengte ist und die Zeit wertvoller ist, als im Alltag im Geschäft. Außerdem werden in kurzer Zeit mehr Gäste und Besucher mit Ihnen in Kontakt treten. Der Umgang mit Faktor Zeit ist hier Erfolg entscheidend. Der professionelle, höfliche und zielgerichtete Umgang mit dem Kunden sollte sehr zielorientiert ausgelegt sein. Ich erlebe es immer wieder, dass sich – in guter Absicht – Berater mit einem Kunden zu lange beschäftigen und dabei weitere Kontakte verlieren. Beratungsgespräche, die länger als 10 – max. 15. Minuten dauern sollten auf späteren Zeitpunkt nach der Messe terminiert werden. Ist ein direkter Verkauf vor Ort geplant, sollte das Standpersonal dem erwarteten Kundenstrom angepasst werden.

Im Allgemeinen geht der erste Kontakt zum persönlichen Gespräch vom Besucher aus. Der Verkäufer ist gefordert zu reagieren und zu agieren. Der Kunde zeigt durch seinen Besuch auf dem Messestand ein grundsätzliches Interesse. Der Besucher bewertet Ihr Unternehmen nach Ihrem Gesamterscheinungsbild, also nicht nur nach den Produkten

und Dienstleistungen, sondern auch danach, wie er angesprochen, behandelt und wertgeschätzt wird.

Manche Berater und Verkäufer verhalten sich auf dem Messestand etwas zurückhaltend. Da liegt daran, dass dort viele Zuhörer, Vorgesetzte und Kollegen, Mitarbeitern und Besuchern in unmittelbarer Nähe sind. Außerdem herrschen Enge, viele Besucher, wenig Platz, es ist laut und sehr hell und oft auch sehr schlechte Luft. Manchmal ist die Situation sehr angespannt, da man eine hohe Erwartungshaltung und sehr hohe Ziele hat. Hier bewirken kleine Pausen manchmal Wunder. Viele Aussteller entwerfen einen Pausen/Anwesendheitsplan. Wie sollte man sich richtig verhalten? Auf jeden Fall hat jeder Berater „sein“ Territorium“ auf dem Messestand, auf dem er sich bewegt und im dem er zuständig ist. Immer wieder sieht man in Trauben stehende Mitarbeiter, die sich angeregt unterhalten und den Besucher links liegen lassen. Dafür ist ein Messeauftritt einfach zu teuer.

Ein verwertbarer Messekontakt muss 4 Grundinformationen enthalten:

1. Name des Besuchers
2. Adresse des Besuchers
3. Funktion des Besuchers
4. spezifisches Interesse des Besuchers

Es bietet sich auch an, einen Kontaktfassungsbogen bei jedem Gespräch auszufüllen, der z. B. enthalten kann: Name und Adresse, Gesprächsgegenstand, wurden Unterlagen übergeben oder verschickt, was soll weiterhin veranlasst werden?

Wer hat mit dem Kunden gesprochen, was ist zu erledigen: Angebot, Besuch, Termin, Anruf, Prospekte.

Wie verhält man sich im Gespräch? Messestände sind keine Selbstbedienungsläden, sondern hoch qualifizierte Fachgeschäfte, in denen der Kunde Ansprache und Begrüßung erwartet. Gelangweilt herumstehendes Personal ist abschreckend. Entweder sprechen Sie den Kunden aktiv mit einer offenen Frage an oder der Kunde spricht Sie direkt an.

Bild: Dettlef Jäschke

Einen Kunden mit einem kurzen Blickkontakt zu begrüßen reicht schon am Anfang aus, um seine Ungeduld zu verringern, wenn Sie sich gerade in einem Gespräch befinden. Höflichkeit kostet nichts, wichtig ist es in einer geeigneten Form dem Besucher Aufmerksamkeit schenken, Besucher können sehr empfindlich reagieren.

In der Regel stellt sich der Kunde nicht vor. Er stellt sich nur dann vor, wenn er etwas Bestimmtes möchte. Dann steht ein sehr interessierter Kunde vor Ihnen. Die Einstiegsfragen sollten offen gehalten sein um das Bedürfnis des Kunden zu erkennen. „Ich sehe, Sie haben Interesse an unseren Produkten oder Dienstleistungen. Kann ich Ihnen etwas zeigen oder erklären?“

Das daraus entstehende Gespräch sollte mit Argumentationstechniken und Fragetechniken geführt werden. Der Besucher wird sich für Ihre Produkte oder Dienstleistungen erst dann entscheiden, wenn er sich von seinem Nutzen überzeugt hat. Der Nutzen kann vielfältiger Ausprägungen besitzen, wie z. B. Preis, Erreichbarkeit, Schnelligkeit, Sympathie des Beraters, Angebot, Erkennen der Wünsche, Auftreten, Kommunikation und Körpersprache.

Besonders Neuheiten oder Arbeitserleichterungen sprechen Kunden verstärkt an. Hier erkennt der Kunde seinen Vorteil oder seinen Nutzen. Liegt ein Alleinstellungsmerkmal vor, d. h. dass es dieses Produkt oder Dienstleistung nur bei Ihnen gibt, sollten Sie auf jeden Fall darauf hinweisen. Dies ist immer noch das beste Argument.

Reden ist Silber, zeigen ist Gold

Eine zweite wichtige Technik im Umgang mit Kunden ist die Anwendung der richtigen Fragen. Geschlossene Fragen lassen sich meistens nur mit ja oder nein beantworten und führen nicht zum Dialog. Dagegen sind offene Frage, auch W-Fragen genannt, diejenigen, die Ihnen zur Antwort ganze Sätze und Informationen liefern. Weitere wichtige Fragetechniken sind die Alternativfrage und rhetorische Frage. Alternativfragen haben den Vorteil, dass der Gesprächspartner das gute Gefühl bekommt, aus mehreren Alternativen zu wählen. Wird die gewünschte Alternative an den Schluss gesetzt, entscheidet sich der Kunde

häufig auch für diese. Die rhetorische Frage wird aus Sicht des Kunden vom Berater gestellt und liefert die „richtige“ Antwort gleich mit. Beispiel: „Sie fragen sich sicherlich, worin der Vorteil bei liegt? Hier können Sie mit einem Handgriff die Lasche lösen.“

Versuchen Sie einfach mal den Kunden direkt oder sogar mit Namen anzureden, das schafft eine persönliche Beziehung.

Ist der Kunde als Mensch gewonnen, ist es leichter ihn auch für sein Produkt zu gewinnen.

Je mehr man den Kunden aktiv an einer Vorführung mitwirken lässt, desto mehr ergreift der Kunde Besitz von der angebotenen Ware.

Auf Messen und Ausstellungen findet man häufig eine größere Menschenansammlung, wo man Hebel und Knöpfe und Schalter bedienen kann. Selbst ausprobieren, erfahren und lernen ist das Motto.

Die beste Art einen Beweis zu führen, ist vorzuführen

Wenn Deine Ware spricht, hast Du zu schweigen

Steht ein Termin in Aussicht oder der Vertragsabschluss, stehen Ihnen noch ein paar Techniken zur Verfügung, um zum Ende zu gelangen. Am Einfachsten ist die Methode, alles positive Gesagte noch einmal zusammenzufassen. Danach wird der Kunde nach vielleicht bestehenden Einwänden oder Fragen seinerseits angesprochen. Steht dem konkreten Ende nicht mehr entgegen, kann die abschließende Frage nach einem Termin oder Kauf gestellt werden. Hier bietet sich die geschlossen Frage an.

Verbleiben Sie konkret

Der vereinbarte Termin sollte sich recht schnell nach Messebesuch befinden. Halten sie zwischenzeitlich Kontakt. Schicken Sie im Vorfeld Unterlagen oder Prospekte, damit Sie sich beim Kunden im Gedächtnis behalten. Halten Sie Ihre Vereinbarungen auch ein. Eine Messe kann auch zur Informationsveranstaltung werden, wobei die Folgegeschäfte erst viel später eintreten. Publikumsmessen dienen zusätzlich der Information.

Auch der Verkäufer kann auf der Messe dazulernen

Das sollten Sie vermeiden:

- uninteressiert herumstehen
- das Gespräch sofort beenden, wenn sich der Besucher abweisend verhält
- nicht immer nur warten bis der Besucher ein Gespräch beginnt
- geschlossenen Fragen stellen
- zu langatmige Vorführungen der Produkte
- niemand kümmert sich um den Besucher
- Schmutz auf Tischen und Stühlen
- Standgestaltung besucherunfreundlich, es steht zuviel herum

Auftreten:

Auch bei Stoßzeiten kann man nicht mehrere Kunden gleichzeitig bedienen. Man bittet den Kunden einen Kaffee zu trinken, sich mit Produkten oder Prospekten zu beschäftigen. Grundsätzlich darf sich der Kunde nicht vernachlässigt oder abgeschoben fühlen.

Jeder Mitarbeiter muss auf Anhieb für den Besucher als Ansprechpartner erkennbar sein.

Zum Schluss erfolgt dann die Nacharbeit. Kurze Anfragen, Angebotserstellung und Prospektversand runden die Messeaktivitäten ab.



Detlef Jäschke aus Tübingen ist Inhaber eines Beratungsunternehmens, Personalberater und Autor für den Pflegebereich. Fachthemen Kundenorientierung/ Vertrieb/Messtraining und Telefontraining.

Kontaktadresse:

*Detlef Jäschke Training®, Albweg 6, 72072 Tübingen, Tel. 07121-856524
E-Mail: info@jaeschke-training.de
Internet: www.jaeschke-training.de*

Pflegen Sie die Haut – wir tun es auf jeden Fall.

Ideal aufeinander abgestimmte Qualitätsprodukte von Dansac für die Reinigung und Pflege der stomaumgebenden Haut:

- **GX-tra Hautschutzringe** zur Vermeidung von Undichtigkeiten
- **Dansac Soft Paste** zum Ausgleichen von Hautfalten und Narben
- **Dansac Skin Lotion** zur Hautreinigung und Vorbeugung gegen Reizungen und Infektionen
- **Dansac Skin Creme** fettfreie Hautpflegecreme zur Vorbeugung von Hautirritationen

für den
Hautschutz
und für die
Hautpflege



Kostenlose Muster erhalten Sie bei: Dansac GmbH
Kalscheurer Straße 2 a · 50354 Hürth · Telefon: 0 22 33/397-0 · www.dansac.de
Kostenfreies Beratungstelefon: 0 800/888 33 88

dansac 
Dedicated to Stoma Care

Patienten sollen zeitnah profitieren Urologen forcieren Umsetzung der S3-Prostatakrebs-Leitlinie in die Praxis

Hamburg. Die neue interdisziplinäre S3-Leitlinie ist ein Meilenstein bei der Behandlung von Patienten mit Prostatakrebs. Nun muss sie Versorgungsrealität werden. Der Berufsverband der Deutschen Urologen e.V. engagiert sich mit einer bundesweiten Fortbildungs-Initiative bei der schnellen Umsetzung der Leitlinie in die Praxis.

Die neue ärztliche S3-Leitlinie beinhaltet das komplette derzeit verfügbare Wissen zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms. „Jetzt werden wir dieses Wissen zeitnah an die Kollegen in der Praxis vermitteln, damit unsere Patienten von den Neuerungen der Leitlinie profitieren und allerorts eine leitliniengerechte und damit die bestmögliche Behandlung erhalten“, sagt der Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Urologen e.V., Dr. Martin Bloch.

Zu den wichtigsten Neuerungen gehören die Empfehlung zur ersten PSA-Bestimmung ab 40 Jahren, eine verstärkte Aufklärungspflicht über Diagnoseprogramm und Therapieprozess durch den Urologen, sowie die Würdigung der Active Surveillance als gleichrangige Therapieoption für Patienten mit nicht metastasiertem Prostatakarzinom.

Dr. Bloch: „Unsere Fortbildungen zur Implementierung der Leitlinie, die wir gemeinsam mit dem Berufsverband Deutscher Strahlentherapeuten anbieten, beginnen im März und werden von renommierten Kollegen bestritten, die bereits an der Erstellung der Leitlinie beteiligt waren“. Sie wurde im Herbst 2009 veröffentlicht und entstand unter der Federführung der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU) und des Berufsverbandes der Urologen. Prostatakrebspatienten steht inzwischen ein zweiteiliger begleitender Ratgeber zur Verfügung, der den Inhalt der ärztlichen Leitlinie laienverständlich wiedergibt. Ärztliche Leitlinie und Patientenratgeber sind auf der Website der Deutschen Urologen unter www.urologenportal.de

de einzusehen. Die Druckfassung des Ratgebers ist über die Deutsche Krebsgesellschaft zu beziehen. Mit einer professionellen Erhebung zur Einführung und Wirkung der Leitlinie soll die Versorgungssituation von Pros-

tatakrebspatienten zukünftig dokumentiert werden.

Das gaben der Berufsverband der Urologen, die DGU und der Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V. jüngst in einer gemeinsamen Erklärung bekannt.

Weitere Informationen:

*Dr. Martin Bloch, Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Urologen e.V.
Max-Brauer-Allee 40
22765 Hamburg
Tel.: 040 - 380 23 350
Fax: 040 - 380 23 352
E-Mail: martin@bloch-hamburg.de*

*Pressestelle des Berufsverbandes der Deutschen Urologen e.V.
Bettina-C. Wahlers, Sabine M. Glimm
Stremelkamp 17, 21149 Hamburg*

*Tel.: 040 - 79 14 05 60
Mobil: 01704827287
E-Mail: pressestelle@wahlers-pr.de
<http://www.urologenportal.de>*

Wannsee-Akademie Berlin Fort- und Weiterbildungen



Berufsbegleitender Lehrgang Pflegeexperte Stoma • Inkontinenz • Wunde

vom 20.09.2010 bis 22.06.2012

in Kooperation mit dem
DVET Fachverband Stoma und Inkontinenz e. V.

Bitte fordern Sie unser Info-Faltblatt an:

Wannsee-Akademie, Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin,
Tel. 030 80686-040, Fax 030 80686-404,
www.wannseeakademie.de
E-Mail: akademie@wannseeschule.de

Ein Viertel aller Krebserkrankungen sind urologische Tumoren

Urologen betonen Stellenwert ihres Faches



Düsseldorf/Hamburg.

Die aktuellen Krebsdaten des Robert Koch-Instituts (RKI) haben es bestätigt: Gut ein Viertel aller Krebserkrankungen sind urologische Tumoren und werden größtenteils erfolgreich von Urologen therapiert. Die Zahl der Neuerkrankungen nimmt zu, die Mortalitätsraten sinken. Vor diesem Hintergrund fordert der Berufsverband der Deutschen Urologen e.V. eine adäquate Wahrnehmung seines Faches in der Gesundheitspolitik. Die neue bundesweite Onkologie-Vereinbarung, die zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung und den Krankenkassen ausgehandelt worden ist, tut dies nach Ansicht von BDU-Präsident Dr. Martin Bloch nicht, sondern „zerstört durch ihre wenig realitätsnahen

Anforderungen die gewachsenen Strukturen zu Lasten unserer Patienten“.

„Die Zahlen des Robert-Koch-Instituts unterstreichen, dass Urologen unter allen Organfächern die größte Gruppe onkologischer Patienten versorgen. Jeder sechste Patient in einer urologischen Praxis hat ein Tumorleiden“, so Bloch. Onkologie gehöre zum täglichen Geschäft der Urologen. Um jedoch nach der neuen Onkologie-Vereinbarung nicht aus der onkologischen Versorgung herausgedrängt zu werden, müssten Urologen pro Quartal mindestens 20 Patienten nachweisen, die eine intravasale/intravesikale (Chemo-)Therapie erhielten. Diese Zahl sei für Urologen realitätsfremd und werde selbst von mancher onkologischen Schwerpunktpraxis kaum erreicht. Die Regelung füh-

re zu einer Zentralisierung der onkologischen Versorgung, die sicher nicht im Sinne krebserkrankter Patienten sei. „Die in der Vereinbarung postulierte wohnortnahe Versorgung von Krebspatienten wird so ad absurdum geführt“, stellt BDU-Präsident Bloch fest. Er fordert, die Vereinbarung von Überregulierung, unrealistischen Anforderungen sowie bürokratischem und strukturellem Ballast zu befreien. Mindestens jede vierte aller Krebsneuerkrankungen wird als urologischer Tumor lokalisiert. 2006 waren es nach Berechnung des RKI 109.020 der insgesamt 426.800 Neuerkrankungen. Dies entspricht einem Anteil der urologischen Tumoren von 25,54 Prozent.

2006 war bei 229.200 Männern und bei 197.600 Frauen eine Krebserkrankung diagnostiziert worden. Davon betrug der Anteil der urologischen Tumoren bei Männern nach den Zahlen des RKI 41,23 Prozent. Bei ihnen war der Prostatakrebs mit 60.120 Neuerkrankungen die häufigste Krebsart.

Für Frauen errechnete sich ein Anteil urologischer Tumoren von 7,35 Prozent. Dies betrifft in erster Linie Erkrankungen der Harnblase, gefolgt von Niere samt Harnleiter.

Weitere Informationen:

Dr. Martin Bloch, Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Urologen e.V.
Max-Brauer-Allee 40
22765 Hamburg
Tel.: 040 - 380 23 350
Fax: 040 - 380 23 352
E-Mail: martin@bloch-hamburg.de

Pressestelle des Berufsverbandes der Deutschen Urologen e.V.

Bettina-C. Wahlers
Sabine M. Glimm
Stremelkamp 17
21149 Hamburg
Tel.: 040 - 79 14 05 60
Mobil: 01704827287
E-Mail: pressestelle@wahlers-pr.de

Bild: Berufsverband Deutschen Urologen e.V.

KDA-Informationenfilm: Sinn und Zweck von Pflegestützpunkten

Dr. Peter Michell-Auli, Fachbereich Öffentlichkeitsarbeit
Kuratorium Deutsche Altershilfe – Wilhelmine Lübke Stiftung e. V.

Köln, 12. März 2010. Wie helfen Pflegestützpunkte bei der Betreuung und Versorgung Pflegebedürftiger? Welche Unterstützung können Betroffene bzw. deren Angehörige im Pflegefall erwarten und wie arbeiten diese Stützpunkte? Nachdem das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) Ende November 2009 den 2. Zwischenbericht zum Aufbau von Pflegestützpunkten in den einzelnen Bundesländern veröffentlicht hat, folgt nun ein 25-minütiger Film, der vor allem die breite Öffentlichkeit über den Nutzen solcher Anlaufstellen informieren soll. Der vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte Videofilm beleuchtet anhand eines konkreten Beispiels das Angebot und die Aufgaben von Pflegestützpunkten und richtet sich sowohl an Menschen, die für sich selbst Pflegeleistungen in Anspruch nehmen wollen, an deren Angehörige,

als auch an alle generell am Thema Interessierte", so KDA-Geschäftsführer Dr. Peter Michell-Auli.

Noch relativ wenig Informationen, aber viele Fragen

Mit dem im Juli 2008 in Kraft getretenen Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurde der Weg für die bundesweite Einrichtung von Pflegestützpunkten geebnet, sie sind damit ein zentraler Baustein bei der künftigen Ausgestaltung der Gesundheits- und Pflegelandschaft, betonen die KDA-Fachreferenten Gerlinde Strunk-Richter und Ralf Tebest. Wichtig sei jetzt, die Bevölkerung schnell und leichtverständlich über Leistungen und Arbeitsweise solcher Stützpunkte in Kenntnis zu setzen, resümiert das KDA. Nicht zuletzt versteht sich der KDA-Film als Beitrag, die

Diskussion über die Einrichtung dieser Anlaufstellen weiter zu fördern.

Das Info-Video kann unter www.kda.de kostenfrei angesehen und bei Bedarf auch in hauseigene Internetseiten von Pflegestützpunkten, Behörden, Sozialverbänden und Pflegedienstleistern eingebunden werden.

Hintergrund KDA:

Das Kuratorium Deutsche Altershilfe wurde 1962 von Wilhelmine Lübke gegründet, um die Lebenssituation älterer Menschen zu verbessern. Unter der Schirmherrschaft von Bundespräsident Horst Köhler erarbeitet ein unabhängiges, interdisziplinäres Expertenteam Projekte und Studien (u.a. für Ministerien, Kommunen, Sozialträger und -verbände) und bietet Beratung und Fortbildung für Führungs- und Fachkräfte an.



KDA-Presskontakt:
Tel.: (0221) 931847-19
Mail: presse@kda.de

Bildungszentrum Ruhr

Institut für Bildung und Management im Gesundheitswesen

Aufgrund der großen Nachfrage:

Weiterbildung zum Pflegeexperten Stoma • Inkontinenz • Wunde Start: April 2011

inkl. Basisseminar Wundexperte ICW und Schmerzmanagement

In Kooperation mit dem DVET Fachverband Stoma und Inkontinenz e.V. soll die Weiterbildung Pflegende in der Beratung und Betreuung von Menschen mit Kontinenzstörungen, künstlichen Stuhl- und Harnableitungen sowie spezielle Wundversorgungen qualifizieren.

Ein besonderer Akzent liegt auf der Stärkung der Kommunikations- und Beratungskompetenz.

Informieren Sie sich unter
www.bildungszentrum-ruhr.de

Bildungszentrum Ruhr ♦ Hospitalstr. 19 ♦ 44649 Herne ♦ Tel. 02325-986 2738 ♦ Fax 02325-986 2739
E-Mail info@bildungszentrum-ruhr.de ♦ Internet www.bildungszentrum-ruhr.de

Wenn Schmerzmedikamente Schmerz verursachen

Barbara Ritzert, ProScience Communications – die Agentur für Wissenschaftskommunikation GmbH
Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie e.V.

Es klingt paradox: Starke Schmerzmittel, sogenannte Opiode, können die Empfindlichkeit auf Schmerzreize steigern und damit ihrerseits Schmerzen intensivieren. Ein Forscherteam von der Medizinischen Universität Wien konnte nun einen Mechanismus aufklären, der für diese sogenannte Hyperalgesie verantwortlich ist. Für diese Arbeit werden Dr. Ruth Drdla, Matthias Gassner und Prof. Dr. med. Jürgen Sandkühler am 19. März 2010 auf dem Deutschen Schmerz- und Palliativtag in Frankfurt/Main mit dem Ehrenpreis des Deutschen Schmerzpreises 2010 ausgezeichnet.

Bei manchen Patienten nimmt die schmerzlindernde Wirkung starker Schmerzmittel (Opiode) im Laufe der Behandlung ab. Früher hatten Experten dafür zwei Erklärungen: Einerseits könnte ein Fortschreiten der Erkrankung die Schmerzen verstärken. Andererseits kam die sogenannte Toleranzentwicklung in Frage. Dahinter verbergen sich Mechanismen, welche die Sensibilität von Körperzellen für die Wirkung einer Substanz reduzieren. Darum erhöhen die Ärzte in solchen Fällen die Medikamentendosis oder wechseln zu einem anderen Wirkstoff (Opioidrotation).

Doch seit einiger Zeit ist klar, dass es noch andere Ursachen gibt, wenn die Wirkung starker Schmerzmittel scheinbar nachlässt: Opiode können selbst Schmerz verstärken, in dem sie die Empfindlichkeit auf Schmerzreize erhöhen – ein "Hyperalgesie" genanntes Phänomen.

Ein Forscherteam um Dr. Ruth Drdla und Professor Jürgen Sandkühler vom Zentrum für Hirnforschung der Medizinischen Universität Wien konnte unlängst einen von wahrscheinlich mehreren Mechanismen aufklären, welche eine Opioid-induzierte Hyperalgesie (OIH) verursachen können. Für diese grundlegend neuen Erkenntnisse über die durch Opiode vermittelte Schmerzüberempfindlichkeit

werden Dr. Ruth Drdla, Matthias Gassner und Prof. Dr. med. Jürgen Sandkühler auf dem Deutschen Schmerz- und Palliativtag in Frankfurt/Main mit dem Ehrenpreis des Deutschen Schmerzpreises 2010 ausgezeichnet.

Wie die Forscher auf dem Deutschen Schmerz- und Palliativtag in Frankfurt berichten, führt ein abruptes Absetzen von Opioiden zu einer "Langzeit-Potenzierung" der synaptischen Erregung in Schmerzbahnen des Rückenmarks. Bei diesem kurz LTP (engl. Long-Term Potentiation, LTP) genannten Vorgang wird die Erregungsübertragung an den Synapsen genannten Kontaktstellen zwischen Nervenzellen für lange Zeit gesteigert. Die LTP spielt so beim Lernen und bei der Gedächtnisbildung eine wichtige Rolle. Auch wenn Schmerzen chronisch werden und das sogenannte "Schmerzgedächtnis" entsteht, ist die LTP beteiligt: Sie kann durch wiederkehrende starke Schmerzreize ausgelöst werden. Demnach können auch Opiode eine Art Schmerzgedächtnis erzeugen, wenn sie abrupt abgesetzt werden. Dies geschieht, indem sie den Einstrom von Kalzium-Ionen über NMDA-Rezeptorkanäle in die Nervenzellen des Rückenmarks erhöhen. Durch eine Blockade dieser Kalziumkanäle vom Typ der NMDA-Rezeptoren konnten die Forscher auch die LTP im

Rückenmark verhindern. Die Untersuchungen des Teams lieferten noch eine weitere Erkenntnis: Wird das Opioid langsam und kontrolliert abgesetzt, verhindert dies die LTP ebenfalls.

Möglicherweise verursachen auch starke Schwankungen des Opioidspiegels, also ein unabsichtlicher abrupter Entzug, eine Hyperalgesie. Darum ist der Einsatz von retardierten Darreichungsformen, die den Wirkstoff gleichmäßig über einen längeren Zeitraum abgeben, besonders wichtig. Ebenso aber auch die genaue Überprüfung, wie lange und wie intensiv ein Opioid bei einem individuellen Patienten wirkt.

"Doch wahrscheinlich gibt es noch andere Prozesse, die bei einer Opioid-Behandlung eine Hyperalgesie verursachen können", sagt Prof. Dr. Wolfgang Koppert von der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover. Diese bilden sich in unterschiedlichem Ausmaß im Verlauf einer Opioid-Therapie aus, abhängig beispielsweise von der individuellen genetischen Ausstattung eines Menschen. Ebenso scheint es Unterschiede zwischen den verschiedenen Opioiden zu geben, die – abhängig von "ihrem" Rezeptor, an den sie andocken – eine Hyperalgesie in unterschiedlichem Ausmaß erzeugen.

Bild: PhotoDisc, Quelle: idw – Informationsdienst Wissenschaft



Untersuchungen der Arbeitsgruppe von Wolfgang Koppert zeigen darüber hinaus, dass auch entzündungshemmende Schmerzmittel, sogenannte Cox-2-Hemmer und andere Cyclooxygenase-Hemmstoffe wie Acetylsalicylsäure oder auch Paracetamol, eine Hyperalgesie reduzieren können. Denn anders als lange Zeit angenommen, entfalten diese Medikamente ihre Wirkung nicht nur in der Peripherie des Nervensystems, sondern auch im Rückenmark und im Gehirn. In Zusammenarbeit mit Forschern von der Universität Erlangen konnte Koppert zei-

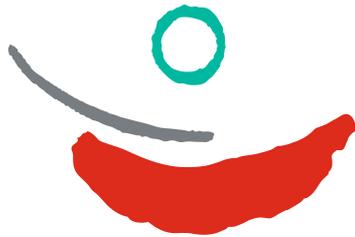
gen, dass sich mit Hilfe der funktionellen Magnetresonanztomographie (fMRT) im Gehirn von Probanden nachweisen lässt, dass die Entzündungshemmer auch dort die Schmerzverarbeitung beeinflussen. "Darum kann es sinnvoll sein, eine Opiatbehandlung mit entzündungshemmenden Schmerzmitteln zu kombinieren, wenn es Hinweise gibt, dass Patienten eine Hyperalgesie entwickeln", erklärt Koppert.

Pressestelle: Barbara Ritzert
ProScience Communications GmbH

Während der Tagung:
Raum "Klausur" Ebene C1
Congress Center Messe
Ludwig-Erhard-Anlage 1
60327 Frankfurt/Main
Tel: 069 7575-73101
Fax: 069 7575-73443
ritzert@proscience-com.de

Nach der Tagung: Andechser Weg 17
82343 Pöcking
Tel: 08157 9397-0
Fax: 08157 9397-97
ritzert@proscience-com.de

Positionspapier des



DVET

Fachverband Stoma und Inkontinenz e. V.

zur Situation der Hilfsmittelversorgung von Stomaträgern

Seit nunmehr 30 Jahren versteht sich der DVET Fachverband Stoma und Inkontinenz e.V. auch als Interessenvertretung für Menschen mit einem fortlaufenden Hilfsmittelbedarf wegen einer Stomaanlage sowie für die uneingeschränkte Verfügbarkeit aller modernen Versorgungsprodukte.

Als Zweck des Vereins ist in der Satzung unter Anderem die folgende Formulierung eingetragen: „Hierbei wird er (=der DVET) sich insbesondere der Verbesserung der pflegerischen und therapeutischen Betreuung von Menschen mit Inkontinenz, künstlicher Stuhl- und/oder Harnableitung, Wundheilungsstörungen sowie speziellen Ernährungsfragen widmen.“

Im Verlauf dieser 30jährigen Erfahrung haben wir die vielfältigen Veränderungen der Versorgungssituation für Stomaträger durch die zahlreichen Reformgesetze im deutschen Gesundheitswesen miterlebt, mitgetragen als auch direkt mitgewirkt und unsere Gedanken an Gremien und auch Institutionen zur Versorgungssituation mitgeteilt.

Zunächst wurden Festbeträge auf Landesebene festgesetzt und somit erstmalig ein vergleichbares Preisniveau in jedem Bundesland fixiert. Durch die später abgeschlossene Festsetzung bundeseinheitlicher Festbeträge erfolgte auch gleichzeitig eine deutliche Absenkung der Erstattungsbeträge in diesem speziellen Versorgungssegment. Weitere Instrumente zur Verbrauchssteuerung wurden in den folgenden Jahren mit mehr oder weniger erfolgrei-

chen Auswirkungen für die Betroffenen eingeführt. Heute gibt es sogenannte „Verbrauchsempfehlungen“ als Orientierung für den bedarfsorientierten, erstattungsfähigen Durchschnittsverbrauch eines Stomaträgers. Immer wieder wird aber vergessen zu bedenken, dass dieser „Durchschnittsverbrauch“ eine regelrechte Stomaanlage und deren Versorgung, z. Bsp. ohne Komplikationen beschreibt. Berücksichtigt wird häufig nicht, dass Haut- als auch Stomakomplikationen auftreten können die einen kurzfristigen oder auch längerfristigen Mehrbedarf an Versorgungsprodukten (Kostenerhöhung) auslösen. Ebenfalls wird hier nicht immer berücksichtigt, dass es auf Grund von so genannten Fehllagen, das sind Stomaanlagen ohne korrekte Stomamarkierung vor der OP, zu einem erhöhten Bedarf an Versorgungsmaterialien kommen kann. In der Mehrzahl der Versorgungsfälle

wird nunmehr seit einigen Jahren mit monatlichen Versorgungspauschalen abgerechnet. Erste Versuche, eine Ausschreibung der Versorgungsaufträge nach § 127 Abs 1. SGB V durchzuführen hat es vereinzelt gegeben. Mittlerweile gibt es Versorgungsverträge nach §127 Abs.2. des SGB V. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass als Zukunftsvision einer nächsten Gesundheitsreform neue Versorgungsmodelle in diesen Bereichen mehr oder weniger offen diskutiert werden.

An dieser Stelle positioniert sich der DVET Fachverband Stoma und Inkontinenz e.V. wie folgt:

1. Wir sind gegen eine Versorgungsregelung über einen Festzuschuss der Krankenkasse zu den Versorgungskosten.
Begründung: Schon heute sind Stomaträger in besonderem Masse finanziell belastet. Würde das bisherige Sachleistungsprinzip durch eine Regelung mit Festzuschuss ersetzt, so steht eine rasche Steigerung der finanziellen Belastung für die Betroffenen zu befürchten. Außerdem würde die Verhandlungsverantwortung von der Krankenkasse auf den Betroffenen übergehen. Bisher werden die Erstattungspreise und der Leistungsumfang zwischen den Leistungserbringern und den Krankenkassen verhandelt. Wenn die Krankenkasse jedoch mit der Zahlung eines Festzuschusses die Leistungspflicht an den Versicherten erfüllt, so steht der Versicherte den finanziellen Forderungen der Leistungserbringer allein gegenüber.

Auch aufgrund fehlender Kostentransparenz wäre es eine deutliche Verschlechterung der Position des Endverbrauchers. Auch stellt sich die Frage nach klaren Qualitätskriterien der Leistungsverträge und wer diese „kontrolliert“ und deren Einhaltung überprüft. Eine eindeutige Vergleichbarkeit der Qualitätsbeschreibung in den Strukturkriterien, z. B der personellen Qualifikation, wie Sie bei einigen Versorgungsaufträgen nach SGB V §127, 2 definiert wurden, können nicht vom Versicherten überprüft werden.

Es würde unseres Erachtens wieder zu einer „Verwässerung“ in der Erfüllung der Forderung kommen. Die Qualität wäre nicht mehr trans-

Bild: MEV

parent und der Anbietermarkt nicht mehr überschau- und vergleichbar.

2. Wir sind für die Beibehaltung des Sachleistungsprinzips.

Wir sehen es als originäre Aufgabe der Krankenkassen an, für Ihre Versicherten Verträge nach dem §127 Abs. 2 des SGB V mit den Leistungserbringern auszuhandeln, in denen dann auch detaillierte Qualitätsanforderungen enthalten sein müssen, um den nachweislich hohen, qualifizierten Beratungs- und Betreuungsbedarf von Stomaträgern zu definieren, sicher zu stellen und Folgekosten für die GKV durch fehlende oder unzureichende Beratung, Anleitung, Schulung und Betreuung zu vermeiden.

3. Wir sind gegen die Ausschreibung von Versorgungsverträgen im Bereich der Hilfsmittelversorgung von Stomaträgern.

Die Erfahrung und die tägliche Versorgungspraxis haben gezeigt, dass dieses gesetzliche Instrument im Bereich der Hilfsmittelversorgung für Stomaträger nicht angebracht ist. Der hohe individuelle Beratungs- und Betreuungsaufwand des einzelnen Stomaträgers lässt sich in der gebotenen Qualität langfristig nur durch eine wohnortnahe, lokale oder regionale Versorgungsstruktur sicherstellen und eignet sich daher absolut nicht zur europaweiten Ausschreibung eines Vertragsgeschehens. Wohnortnahe Versorgung und individuelle Beratung und Betreuung in sektorenübergreifenden Versorgungsmodellen sind nicht durch europaweit tätige Logistikunternehmen aus dem Handelsbereich zu realisieren.

4. Wir sind für die Beibehaltung von kostendeckenden Vergütungsregelungen im Hilfsmittelbereich.

Weitere Reduzierungen der Erstattungspreise können von den Handelsorganisationen nur noch über die Einschränkung bei der qualifizierten Versorgung und Beratung der Versicherten realisiert werden. Nur über einen kostendeckenden und auskömmlichen Erstattungspreis für die Stomaversorgungsprodukte lassen sich dauerhaft die benötigten individuellen Dienstleistungen erbringen, um Fehl- und Überversorgungen zu vermeiden und kostenintensive Komplikationsbehandlungen bei Stoma-

trägern zu verhindern. Hierzu gehört nach unserem Verständnis auch die Beibehaltung der hohen Qualifikation in der Weiterbildung zum Pflegeexperten Stoma+Inkontinenz+Wunde. Falsche Sparsamkeit in der Aus-, Fort- und Weiterbildung würde sich hier langfristig in ausufernden Folgekosten bei schlecht versorgten, mangelhaft angeleiteten und unzureichend beratenen Betroffenen auswirken.

Es wäre fatal, wenn Betroffene zwar durch einen preisgünstigen Anbieter eine möglichst preiswerte Standardversorgung per Paketdienst zugestellt bekämen, aber für die geduldige Anleitung im Gebrauch dieser Hilfsmittel in der Häuslichkeit niemand zur Verfügung stünde. Damit würden teure finanzielle Ressourcen falsch eingesetzt und würden im schlimmsten Fall enorme Folgekosten in einem anderem Kostensegment des Gesundheitssystems verursachen.

Der Kostensektor Hilfsmittel wäre selbstverständlich durch ein „Billigangebot“ der Hilfsmittel entlastet, in einem anderen Sektor jedoch erhöhen sich Kosten die durch eine qualitative Versorgung zu vermeiden gewesen wären.

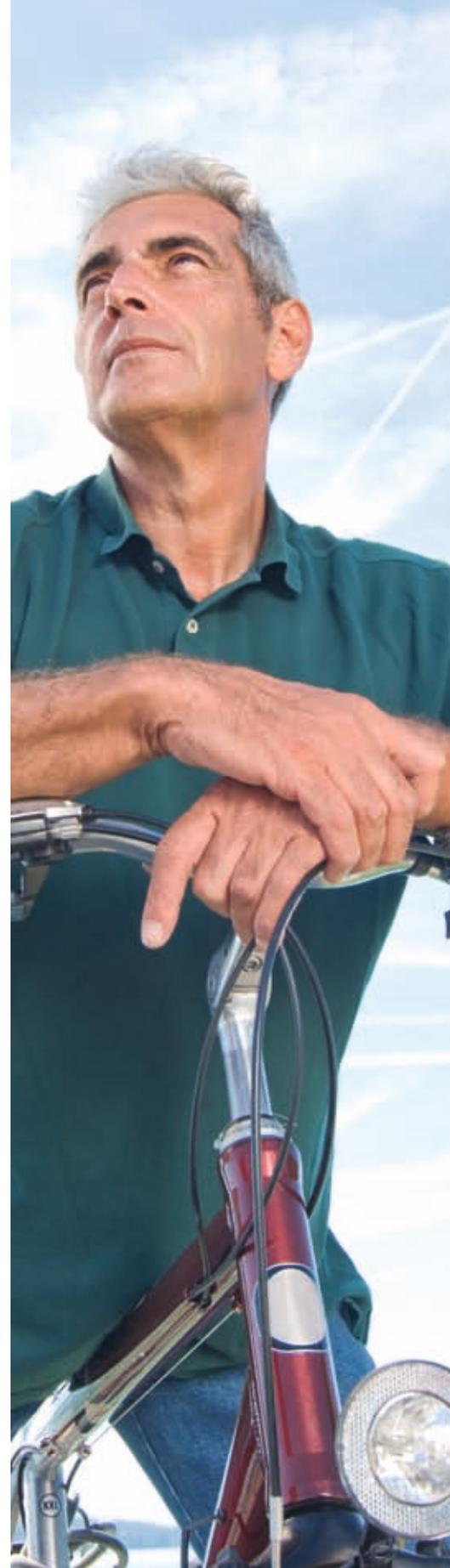
Auf die ausführliche Darstellung der möglichen physischen, psychischen und sozialen Folgen für die Stomaträger möchten wir an dieser Stelle nicht näher eingehen.

5. Wir fordern ausdrücklich, die Effizienz und die Effektivität der Beratung und Betreuung durch sektorenübergreifende, pflegewissenschaftliche Studien und neutrale Untersuchungen zu belegen.

Orientiert an den vorhandenen medizinischen Leitlinien und unter Einbeziehung der Nationalen Expertenstandards sollen evidenzbasierte Prüfergebnisse die Qualität unseres pflegerischen Handelns zweifelsfrei dokumentieren.

Höchste Transparenz in der Leistungsdarstellung unseres pflegerischen Schaffens wird die Notwendigkeit der Pflegeexpertise in diesem Spezialsegment nachweisen und dadurch dauerhaft sichern.

Transparenz in der Dokumentation und ergebnisreiche Untersuchungen des Handlungsfeldes unter kontinuierlichem Ausbau von Maßnahmen zur Qualitätssicherung garantieren die zukünftige



Bewertung unseres pflegerischen Handelns im Interesse der von uns betreuten und versorgten Menschen.

*Selm, im Februar 2010
Werner Droste
Vorsitzender DVET Fachverband
Stoma und Inkontinenz e.V.*



Start: April 2010

**Weiterbildung zum Pflegeexperten
Stoma, Inkontinenz, Wunde
inkl. Basisseminar Wundexperte ICW
und Schmerzmanagement**

Bildungszentrum Ruhr
Hospitalstr. 19, 44649 Herne
Tel.: 02325/986-2738
Fax: 02325/986-2739
www.bildungszentrum-ruhr.de



22.-23. April 2010

**Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
127. Kongress ICC Berlin**

Luisenstr. 58/59
10117 Berlin
Tel.: 030 - 28876290
Fax: 030 - 28876299
www.chirurgie2010.de/information.php



3. Mai 2010 und 15. November 2010

**Weiterbildung
"Pflegeexperte Stoma, Inkontinenz, Wunde"**

Infos: Diakonisches Institut für soziale Berufe
Bodelschwinghweg 30, 89160 Dornstadt
Tel.: 07348-98740 – Fax: 07348-987430
info@diakonisches-institut.de
www.diakonisches-institut.de
Desweiteren bieten wir ICW Rezertifizierungs-
veranstaltungen an. www.di-dornstadt.de



05.- 06. Mai 2010

**Deutscher Wundkongress der ICW e.V.
in Kooperation mit dem Klinikum Links
der Weser (DEWU) &**

**6. Bremer Pflegekongress –
Herausforderung Pflegenden Angehörige**
www.bremer-pflegekongress.de
www.deutscher-wundkongress.de
Tel.: 0421 – 35 05 206



12. Mai 2010

**Unsere Kompetenz – Ihre Gesundheit:
Professionelle Pflege – Garant der
Langzeitpflege**

**INTERNATIONALER TAG
DER PFLEGENDEN 2010**
International Council of Nurses
3 Place Jean Marteau
CH-1201 Genf
Email: icn@icn.ch
www.icn.ch



17.-19. Juni 2010

**13. Jahreskongress
Deutsche Gesellschaft für Wundheilung
und Wundbehandlung e.V.**

Glaubrechtstraße 7
35392 Giessen
E-Mail dgfw@dgfw.de
www.wunde-wissen.de



30. Juni 2010

**3-tägige Fachtagung in der
IN VIA Akademie**

Giersmauer 35
33098 Paderborn
Tel.: 0 52 51 / 29 08-0
Fax: 0 52 51 / 29 08-68
E-Mail: b.marx(at)meinwerk.de
www.meinwerk.de



02.-04. September 2010

**Nationale Kongressmesse für vernetzte
und intersektorale Patientenversorgung**

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



22. September 2010

Wundexperte ICW Stuttgart

Beginn: 22. November 2010

Pflegetherapeut Wunde ICW

Infos: Diakonisches Institut für soziale Berufe
Bodelschwinghweg 30, 89160 Dornstadt
Tel.: 07348-98740 – Fax: 07348-987430
info@diakonisches-institut.de
www.diakonisches-institut.de
Desweiteren bieten wir ICW Rezertifizierungs-
veranstaltungen an. www.di-dornstadt.de



12.-13. November 2010

**Weiterbildungsseminar für Pflegekräfte
"Kontinenzförderung in der Pflege"**

Congress-Centrum Mainz
Friedrich-Ebert-Straße 124
34119 Kassel
Tel.: 05 61 / 78 06 04
Fax: 05 61 / 77 67 70
E-Mail: info@kontinenz-gesellschaft.de
www.kontinenz-gesellschaft.de

**Wir veröffentlichen
auch
Ihren Termin.**

**Wenden Sie
sich bitte
an die Redaktion.**

**E-Mail:
redaktion-magsi@dvet.de**



Die Zeitschrift **MagSi®** Magazin
Stoma – Inkontinenz – Wunde
ist das offizielle Organ des DVET Fachverband Stoma
und Inkontinenz 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 10,20
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:

Datum:

Unterschrift,
Stempel:

Bitte senden Sie Ihre Bestellung per Fax an:
DVET Geschäftsstelle · Nikolaus-Groß-Weg 6 · 59371 Selm
Fax: +49(0)2592/973142 · E-Mail: DVET@gmx.de
Nr. 50 · 08/2009



**Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
DBfK e.V.**
Bundesverband
Salzufer 6 - Eingang Otto-Dibelius-Str.,
10587 Berlin
Tel.: 030/219157-0
dbfk@dbfk.de - www.dbfk.de



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



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



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



maxQ. im bfw - Unternehmen für Bildung
Niddasträße 98-102, 60329 Frankfurt/M
Tel.: 069/24260532 - www.maxq.net



Wannsee-Akademie
Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin
Tel.: 030/80686-041
www.wannseeakademie.de

Mitgliedsverbände



**Deutsche Morbus Crohn /
Colitis ulcerosa Vereinigung e.V.**
Bundesgeschäftsstelle:
Paracelsusstraße 15, 51375 Leverkusen
Tel.: 0214/87608-0
Fax: 0214/87608-88
info@dccv.de - www.dccv.de



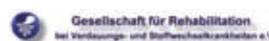
Deutsche Kontinenz Gesellschaft e.V.
Geschäftsstelle:
Friedrich-Ebert-Straße 124, 34119 Kassel
Tel.: 0561/780604
www.kontinenzgesellschaft.de



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



ECET - Deutschland e.v.
Geschäftsstelle:
Friedenspromenade 33a, 81827 München
Tel.: 089/72488875 - www.ecet.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

Operativer Verschluss perianaler Fisteln bei Morbus Crohn durch Implantation eines Analfistel-Plugs

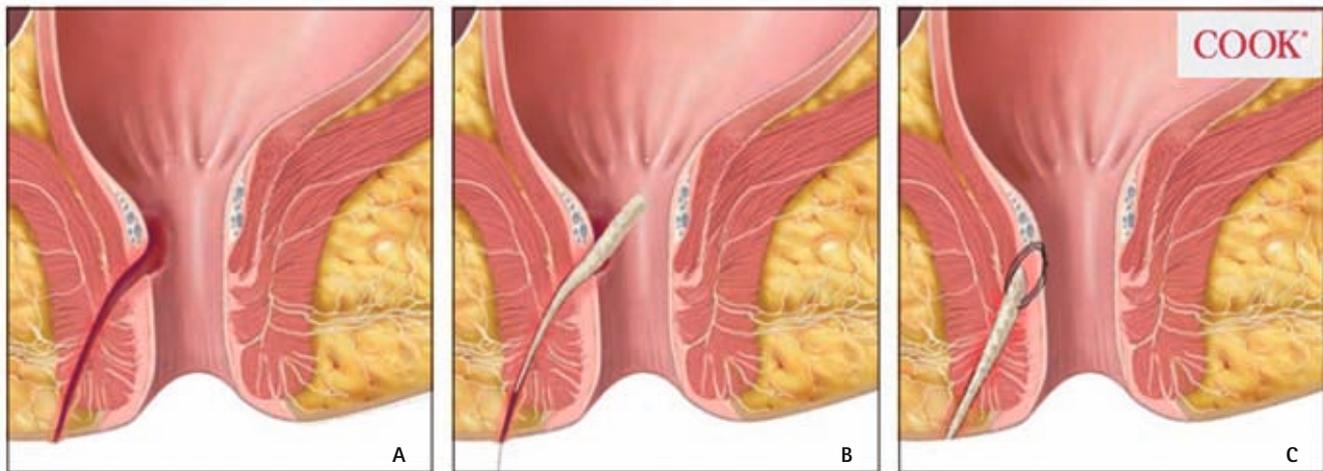


Abb. 1: Technik der AFP™-Implantation. A: Der Fisteltrakt wird nach Spülung mit H₂O₂ sondiert. B: Der AFP wird durch den Fisteltrakt gezogen bis Widerstand spürbar ist. Der Überstand wird abgeschnitten. C: Der AFP wird unter dem Mukosa-niveau mit einem resorbierbaren Faden unter Mitfassen des Sphinkters versenkt. Der äußere Fistelporus bleibt als Ablauf offen. (Mit freundlicher Unterstützung der Fa. Cook®-Medical).

Emile Rijcken, N. Senninger, M. Brüwer

Der Verschluss perianaler Fisteln durch Implantation eines Analfistel Plugs ist eine neuartige Operationsmethode für die Behandlung perianaler Fisteln.

Bereits 2006 berichtete die Gruppe um David Armstrong aus Atlanta, Georgia, erstmals über diese Technik[1]. Der Fistelplug ist eine kegelförmige Kollagen-Matrix, welcher aus porciner intestinaler Submukosa hergestellt wird.

Der Fistelplug wird in einer Operation in Vollnarkose oder Spinalanästhesie in den Fisteltrakt eingebracht und durch eine Naht im Bereich der inneren Fistelöffnung fixiert (Abbildung 1). Dadurch wird der Fisteltrakt von innen verschlossen und ausgefüllt, während die äußere Öffnung zunächst zum Ablauf entzündlicher Sekrete offen bleibt. Der Plug wird von körpereigenen Narbengewebe bildenden Zellen (Fibroblasten) in den Fisteltrakt integriert und über einen Zeitraum von ca. 3 Monaten langsam abgebaut. Dabei soll der Plug keine Fremdkörperreaktion hervorrufen. Die Sekretion versiegt im Verlauf einiger Wochen, bis die Fistel komplett verschlossen ist. Die ersten Studien zu

dieser Methode zeigten bei Patienten mit idiopathischen kryptoglandulären Fisteln viel versprechende Ergebnisse mit einem Langzeitfistelverschluss bei über 80% der Patienten. Allerdings wiesen einige neuere Studien auch weniger gute Resultate auf.

Anale Fisteln sind ein besonderes Problem bei Patienten mit Morbus Crohn und treten in bis zu 50% der Patienten im Erkrankungsverlauf auf. Dabei stellt ein Befall des Enddarms durch die chronische Entzündung (Proktitis) einen besonderen Risikofaktor zur Entwicklung perianaler Fisteln dar. Bei ca. 10% der Erkrankten sind perianale Fisteln sogar die erste Manifestation des Morbus Crohn und das Zeitintervall bis zur Entwicklung intestinaler Symptome kann Wochen bis Jahre betragen. In Gegensatz zu den kryptoglandulären Fisteln gehen Fisteln bei Morbus Crohn nicht strikt von der Linea dentata aus, sondern haben ihren Ursprung von der

transmural entzündeten Darmschleimhaut. Die Fisteln werden entsprechend ihres Verlaufes in Bezug auf den äußeren Schließmuskel nach Parks eingeteilt (Abbildung 2). Dabei unterscheidet man transsphinktäre Fisteln von submukösen, intersphinktären, suprasphinktären und supralevatorischen Fisteln. Fisteln bei Morbus Crohn unterscheiden sich häufig von einfachen idiopathischen Fisteln durch ihre Komplexität: Multiple Fisteln oder verzweigte Verläufe bis hin zum so genannten fuchsbauartigen Fistelsystem sind keine Seltenheit.

Die chirurgische Therapie von perianalen Fisteln bei Morbus Crohn ist eine Herausforderung und die Resultate eines operativen Fistelverschlusses sind häufig ernüchternd. Während oberflächliche Fisteln einfach gespalten werden können, haben komplexere Maßnahmen wie plastische endoanale Verschiebelappen bei den häufigeren transsphinktär verlaufenden Fisteln eine Rezidivrate von bis zu 75%. Zudem bergen diese operativen Maßnahmen das Risiko einer Verletzung des Schließmuskels mit der Gefahr der Entwicklung einer Stuhlinkontinenz, was bei häufig jungen Patienten mit Morbus Crohn besonders zu berücksichtigen ist.

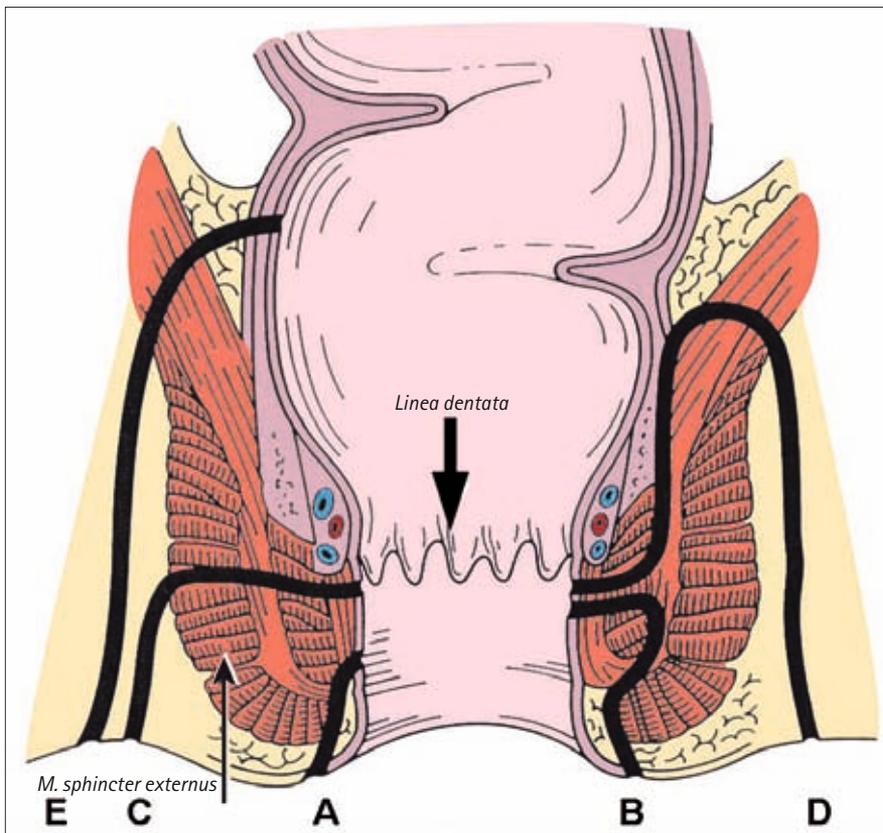


Abb. 2: Fistel-Einteilung nach Parks

A Subkutane Fistel
 B Intersphinkteräre Fistel
 C Transsphinkteräre Fistel
 D Suprasphinkteräre Fistel
 E Extrasphinkteräre Fistel

Entsprechend besteht bei vielen Chirurgen eine Zurückhaltung bezüglich proktologischer Operationen bei Patienten mit Morbus Crohn und es werden weniger invasiven Maßnahmen favorisiert. Dabei zielen diese vor allem auf eine Linderung der septischen Beschwerden z.B. durch Anlage von Fadendrainagen. Hierbei klingen zwar die Schmerzen und die Entzündung häufig ab, die Fistel verschließt sich aber nicht, solange der Faden in situ ist. Ebenso führen medikamentöse Therapieansätze wie die Behandlung mit anti-TNF- α -Präparaten, Immunsuppressiva oder Antibiotika häufig zu einer Beschwerdebesserung bis hin zum Fistelverschluss, die Rezidivrate bleibt aber hoch.

Bei einem ausgeprägten perianalen Fistelbefall wird daher gerade bei Patienten mit Morbus Crohn häufig ein protektives Stoma angelegt. In manchen Fällen führt das perianale Fistelleiden sogar zur Exstirpation des entzündeten Enddarms mit Anlage eines endgültigen Anus praeter.

Aufgrund der beschriebenen Problematik besteht Bedarf nach innovativen Konzepten für operative Behandlung perianaler Fisteln bei Morbus Crohn.

Angesichts der wenig aufwendigen Operationstechnik und der geringeren Gefahr einer Verletzung des Schließmuskels scheint die Implantation eines Analfistelplugs eine neue Therapieoption zu sein. Verschiedene internationale und nationale Studien konnten bereits Verschlussraten von ca. 70 bis 80% bei Patienten mit Morbus Crohn aufweisen[2,3]. Dennoch ist weiterhin Vorsicht geboten: Es wurde gezeigt, dass die Verschlussraten bei einfachen gerade verlaufenden Fisteln deutlich höher liegen als bei komplexen Fisteln mit multiplen Öffnungen[2].

Dabei liegen eben diese komplexen Fisteln bei Patienten mit langjährigem Morbus Crohn häufiger vor. Die Fisteln mit blind endenden Verzweigungen scheinen ebenfalls weniger geeignet, da eine unzureichende Drainage entzündlicher Sekrete zur Ausbildung von Abszessen führen kann, welche den Erfolg der Fistelplug-Implantation gefährdet.

Des Weiteren sollen die Patienten nach einer Analfistelplug-Implantation ihre immunsuppressive Medikation weiterhin einnehmen können, da diese für die

Kontrolle der Entzündung in anderen Darmabschnitten erforderlich ist, um keinen neuen Schub der Grunderkrankung auszulösen.

Entsprechend soll vor der operativen Behandlung perianaler Fisteln bei Patienten mit Morbus Crohn eine umfassende Diagnostik durchgeführt werden, um das Ausmaß der Fisteln zu beurteilen. Diese umfasst neben der obligaten Proktoskopie und Rektoskopie eine transanale Endosonographie und eine Magnetresonanztomographie (MRT) des Beckens. Bei geeignet erscheinenden Patienten kann dann auch bei Vorliegen eines Morbus Crohn die Implantation eines Analfistelplugs durchgeführt werden.

Am Universitätsklinikum Münster (UKM) ist die Behandlung von Patienten mit chronisch entzündlichen Darmkrankungen wie Morbus Crohn und Colitis ulcerosa ein interdisziplinärer Schwerpunkt der Medizinischen Klinik B, Gastroenterologie und Stoffwechselerkrankungen, und der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie.

Gegenwärtig wird bei Patienten mit perianalen Fisteln bei Morbus Crohn die Fistelplug-Operation im Rahmen einer prospektiven Studie durchgeführt.

Interessierte können unter nachstehender Anschrift Kontakt aufnehmen.

Literaturangaben:

1. Johnson EK, Gaw JU, Armstrong DN. Efficacy of anal fistula plug vs. fibrin glue in closure of anorectal fistulas. *Dis Colon Rectum* 2006; 49:371-376
2. O'Connor L, Champagn BJ, Ferguson MA, et al. Efficacy of anal fistula plug in closure of Crohn's anorectal fistulas. *Dis Colon Rectum* 2006; 49:1569-1573
3. Schwandner O, Fuerst A. Preliminary results on efficacy in closure of transsphincteric and rectovaginal fistulas associated with Crohn's disease using new biomaterials. *Surg Innov* 2009; 16(2):162-168

Dr. med. E. Rijcken
 Klinik und Poliklinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
 Universitätsklinikum Münster (UKM)
 Waldeyerstraße 1
 48149 Münster
 Tel: 0251-83 56361
 Zentrales Patientenmanagement
 E-Mail: rijcken@uni-muenster.de

Generation Internet – warum immer mehr Stomaträger gezielt ins Netz gehen

Der junge Stomaträger heißt Christian Limpert, damals 22 Jahre alt und als Softwareentwickler in einem Internet-Startup-Unternehmen tätig. Er lebt mit der Gewissheit, dass ihn sein Stoma ein Leben lang begleiten wird. Und er ist mehr und mehr davon überzeugt, dass hier eine große Chance nicht genutzt wird. Auch für Stomaträger muss es eine Anlaufstelle im Internet ge-

recht überschaubar, entwickelte sich das Angebot ständig weiter. Heute, nach 10 Jahren Arbeit und mit der Unterstützung vieler helfender Hände, bietet Stoma-Welt.de ein umfangreiches Informationsportal zum Thema „Leben mit Stoma“, und mit dem Stoma-Forum einen der größten Treffpunkte für Stomaträger weltweit mit mehr als 3000 registrierten Mitgliedern. Wurden zu Beginn im ge-

Wir schreiben das Jahr 1999. Ein junger Stomaträger durchforstet das Internet. Er sucht nach Informationen, die ihm helfen sollen mit sich und seiner Situation besser klar zu kommen. Er sucht nach Mitbetroffenen, hofft auf Erfahrungsberichte und Ratschläge. Aber er findet nichts was ihn weiter bringt, die meisten seiner Fragen bleiben unbeantwortet.



manchmal so weit, dass eine Stomaanlage subjektiv schwerer wiegt als die eigentliche Erkrankung, obwohl man dem Stoma vielleicht sogar sein Leben verdankt. Manche machen diese schwierige Situation mit sich selbst aus, resignieren vielleicht. Andere werden aktiv und setzen sich mit ihrem Stoma und ihrer Erkrankung auseinander.

Dabei ist gerade für Stomaträger mit Internet-Erfahrung die Hemmschwelle häufig bedeutend niedriger im Netz nach hilfreichen Informationen zu suchen, als beispielsweise zu einer

ben. Und nicht irgendeine, sondern eine Internetseite von Stomaträgern für Stomaträger.

Da gute Ideen alleine noch keine Lösung sind, nahm er die Sache selbst in die Hand. Im Sommer 2000 entstand unter der Internet-Adresse www.Stoma-Welt.de das erste deutschsprachige Informationsangebot für Stomaträger. Damals noch

samtan Jahr 2000 nur rund 600 Besucher gezählt, sind es derzeit mehr als 25.000 Besucher jeden Monat bei *Stoma-Welt.de* und *Stoma-Forum.de*.

Was suchen Stomaträger im Internet?

Von einer gesellschaftlich weitgehend tabuisierten Behinderung betroffen fühlt man sich oft alleine gelassen. Das geht

Selbsthilfegruppe vor Ort Kontakt aufzunehmen. Die Anonymität, das unbeobachtet sein und die Möglichkeit selbst zu bestimmen, ob und wann die Auseinandersetzung mit der eigenen Situation stattfinden soll, ist oft der erste Anstoß um Google & Co anzusteuern.

Gesucht werden Informationen zum Nachlesen, von den typischen Erstinform-

mationen wie Versorgung, Produkte, Handhabung usw. bis hin zu speziellen Themen wie Stoma und Partnerschaft, Wiedereinstieg in den Beruf, Sport, Urlaub und vieles mehr.

Auch der Kontakt zu anderen Stomaträgern wird plötzlich interessant und macht neugierig, sobald man die Möglichkeit dazu für sich entdeckt.

Neben dem umfangreichen Informationsangebot von Stoma-Welt.de bietet das Stoma-Forum eine moderierte Plattform zum direkten Erfahrungsaustausch unter Stomaträgern.

The screenshot shows the homepage of the Stoma-Forum. At the top, there is a navigation bar with links for 'registrieren', 'team', 'benutzer', 'kalender', 'suche', 'hilfe', 'impressum', and 'home'. Below this is a login section with fields for 'Name und Passwort' and a 'Login!' button. The main content area features a table with the following data:

Forum	Themen	Beiträge	Letzter Beitrag
Leben mit Stoma Wie lebt es sich mit einem Stoma? Welche Veränderungen bringt das Stoma im täglichen Leben mit sich? Diskutiert mit uns eure Fragen zum Alltag mit Stoma. Moderatoren: Webkänguru	1633	29262	Hallo, bin ganz neu hier... Gestern, 23:02:53 von Meta
Das Stoma und die Stomaversorgung Das Forum für eure Fragen zum Thema Stoma, von der Stomaanlage über die Stomaversorgung bis hin zu möglichen Komplikationen. Moderatoren: Webkänguru PC Katrin	1334	19680	Irrigation und Urlaub... Gestern, 23:07:10 von eule25
Die Rückverlegung Oft wird ein Stoma nur vorübergehend für einige Monate angelegt, damit nach einer Operation oder bei einer Erkrankung der betroffene Teil des Darm- oder Hamtrakts austreten kann. Wie verläuft eine Rückverlegung? Welche Probleme sind in der ersten Zeit nach der Operation zu bewältigen? Teilt eure Erfahrungen und diskutiert mit uns Fragen zur Operation und zu der Eingewöhnungszeit nach einer Rückverlegung. Moderatoren: Webkänguru	403	5460	Termin zur Rückverlegung... Gestern, 23:12:10 von G-H-L
Erkrankungen und Therapien Unterschiedliche Erkrankungen können zu einem Stoma führen. Diese beschäftigen uns oft auch noch nach der Anlage des Stomas oder es kommen neue Erkrankungen hinzu. Teilt eure Erfahrungen zu Therapien und dem Leben mit eurer Erkrankung mit anderen Stomaträgern. Moderatoren: Webkänguru	816	10280	Angst vor Metastasen... Gestern, 23:36:38 von Miribonsai
Sozialrecht und Gesundheitspolitik Das Forum zum Erfahrungsaustausch zu Themen wie Nachteilsausgleiche für Stomaträger, Kostenübernahmen durch Krankenkassen, aktuelle gesundheitspolitische Diskussionen, etc.			

"Großartiger Zusammenhalt und Hilfe für jeden, schon beim ersten Besuch im Forum." (Zitat einer Nutzerin über das Stoma-Forum)

"Ich kann diese Seiten nur allen Stomaträgern und Interessierten empfehlen. Sehr informativ und mehr." (Zitat einer Stomatherapeutin über Stoma-Welt.de)

Eine Art virtueller Selbsthilfegruppe, in der sich Betroffene aus dem ganzen deutschsprachigen Raum treffen. Erreichbar 24 Stunden an sieben Tagen in der Woche.

Ohne weitergehende Verpflichtungen, jeder kann sich aktiv beteiligen und anderen mit seinen Erfahrungen zur Seite stehen.

Oder eben nur seine Fragen los werden und sich danach mit den erhaltenen Antworten wieder zurück ziehen. Oder auch – was viele tun – einfach nur mitlesen und Informationen aufnehmen.

Mehr Lebensqualität durch Information und Erfahrungsaustausch

Stoma-Welt.de konzentriert sich ganz auf das Thema Leben mit Stoma und ist damit eine optimale Ergänzung zu zahlreichen Internetangeboten, die sich mit den ursächlichen Erkrankungen beschäftigen, in denen das Stoma aber immer nur eine Nebenrolle spielt.

Zurzeit sind es vor allem die jüngeren Stomaträger und junge Angehörige, die das Angebot nutzen. Für die Altersgruppe der 20–40-jährigen ist das Internet selbst in der Freizeit kaum noch wegzudenken. Auch bei den über 50-jährigen ist die Nutzung des Internets vor allem durch berufliche Erfahrung mit dem Medium weit verbreitet. Sogar immer mehr Stomaträger im Rentenalter stellen fest, dass sie mit dem Internet ein Medium haben, mit dem sie Informationen zu den sie interessierenden Fragen finden.

Der Altersdurchschnitt der Mitglieder des Stoma-Forums liegt bei 45 Jahren. Das wird sich in den kommenden zehn Jahren deutlich ändern, die so genannten Silver Surfer, also Menschen über 60 Jahre, entdecken das Netz zunehmend für sich. Während heute im Stoma-Forum entgegen jeder Statistik Ileostomaträger mit einer CED-Erkrankung und häufig temporären Stomaanlagen das Bild prägen, wird

man in wenigen Jahren auch im Internet die typische Verteilung an Vorerkrankungen und Stomaarten finden. Und sämtliche Altersgruppen.

Stoma-Welt.de hat in den letzten Jahren gezeigt, dass es richtig und wichtig war unter dem Motto „Von Betroffenen für Betroffene“ eine unabhängige Anlaufstelle für Stomaträger im Internet ins Leben zu rufen. Und immer noch ist es Christian Limpert, der junge Stomaträger von damals, der neben Familie und Beruf das Internetangebot moderiert, betreut und voran treibt. Unterstützt von einigen langjährigen Wegbegleitern entsteht derzeit eine gemeinnützige Unternehmung, die finanziert durch Spenden und Sponsoren Stoma-Welt.de als festen Bestandteil in der Selbsthilfe etablieren wird. Damit wird die Plattform auch in Zukunft die erste Anlaufstelle für Stomaträger im Internet sein. Mit qualifizierten Informationen für Betroffene, aber auch für Fachkräfte, die sich hier firmenneutral über objektive, weil subjektive Erfahrungen derjenigen informieren können die es am besten wissen, weil sie Tag für Tag mit ihrem Stoma umgehen.

Christian Limpert

Standard für die Pflege und Beratung von erwachsenen Patienten mit künstlichem Darmausgang

14. Literaturverzeichnis

1. Black, P.K., *Management of patients undergoing stoma surgery*. Br J Nurs, 1994. **3**(5): p. 211-2, 214-6.
2. Metcalf, C., *Stoma care: empowering patients through teaching practical skills*. Br J Nurs, 1999. **8**(9): p. 593-600.
3. Chaudhri, S., et al., *Preoperative intensive, community-based vs. traditional stoma education: a randomized, controlled trial*. Dis Colon Rectum, 2005. **48**(3): p. 504-9.
4. Brown, H. and J. Randle, *Living with a stoma: a review of the literature*. J Clin Nurs, 2005. **14**(1): p. 74-81.
5. Karadag, A., et al., *Impact of stomatherapy on quality of life in patients with permanent colostomies or ileostomies*. Int J Colorectal Dis, 2003. **18**(3): p. 234-8.
6. Burch, J., *The pre- and postoperative nursing care for patients with a stoma*. Br J Nurs, 2005. **14**(6): p. 310-8.
7. Guyot, M., S. Montandon, and M.F. Valois, *[Best practice guidelines in stomatherapy: a tool for interdisciplinary management of stoma patients]*. Ann Chir, 2003. **128**(9): p. 642-3.
8. O'Connor, G., *Teaching stoma-management skills: the importance of self-care*. Br J Nurs, 2005. **14**(6): p. 320-4.
9. Metcalf, C., *Stoma care--1(b). Cutting a template*. Nurs Times, 2001. **97**(13): p. 43-4.
10. WOCN, *Guidelines for Management: Caring for a Patient with an Ostomy*. 1998, Glenview: Wound, Ostomy and Continence Nurses Society.
11. WOCN, *Discharge planning for a patient with a new ostomy: best practice for clinicians*. 2004, Glenview: Wound, Ostomy and Continence Nurse Society.
12. Metcalf, C., *Stoma care--5(a). Problem-solving*. Nurs Times, 2001. **97**(19): p. 43-4.
13. Metcalf, C., *Stoma care--2. Emptying a drainable pouch*. Nurs Times, 2001. **97**(15): p. 45-6.
14. Metcalf, C., *Stoma care--3. Changing a 1-piece appliance*. Nurs Times, 2001. **97**(16): p. 41-2.
15. Bass, E.M., et al., *Does preoperative stoma marking and education by the enterostomal therapist affect outcome?* Dis Colon Rectum, 1997. **40**(4): p. 440-2.
16. Taylor, P., *Care of patients with complications following formation of a stoma*. Prof Nurse, 2001. **17**(4): p. 252-4.
17. Barr, J.E., *Assessment and management of stomal complications: a framework for clinical decision making*. Ostomy Wound Manage, 2004. **50**(9): p. 50-2, 54, 56 passim.
18. Duchesne, J.C., et al., *Stoma complications: a multivariate analysis*. Am Surg, 2002. **68**(11): p. 961-6; discussion 966.
19. Smith, A.J., C.C. Lyon, and C.A. Hart, *Multidisciplinary care of skin problems in stoma patients*. Br J Nurs, 2002. **11**(5): p. 324-30.
20. Ernährungskommission Inselspital, *Richtlinie für erwachsene Patienten mit Kurzdarmsyndrom*. 1998.
21. Krebsliga Schweiz, *Die Ileostomie, Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige*. 2003, Bern: Schweizerische Krebsliga.
22. Krebsliga Schweiz, *Die Colostomie, Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige*. 2003, Bern: Schweizerische Krebsliga.
23. Haller, D., *Den Lebensfaden wieder finden, Zerfall und Aufbau in der sozialen Welt von Patienten nach einer Dickdarmkreberkrankung*. 1994, Bern: Schweizerische Krebsliga.

Weiterführende Literatur

- Boelker, T., Weibelhut, W. (2003). *Durch dick und dünn, das Buch für Stomapflege und Harnableitung*. Menden: Verlag Druckhaus Schmücker
- Englert G. (1997). *Die Beratung des Stomatrögers*. Freising: Deutsche ilco
- Englert G., Kruck P. (1998). *Die Rehabilitation des Stomatrögers*. Freising: Deutsche ilco
- Englert G., Winkler R. (1994). *Die Versorgung des Stomapatienten – Fortschritte und Defizite*. Freising: Deutsche ilco
- Feil, H. (1995). *Stomapflege Enterostomatherapie*. Hannover: Schlütersche Verlagsanstalt und Druckerei
- Peters-Gawlik, M. (1998) *Praxishandbuch Stomapflege, Beratung, Betreuung und Versorgung Betroffener*. Wiesbaden: Ullstein Medical
- Salter, M. (1998). *Körperbild und Körperbildstörungen*. Wiesbaden: Ullstein Medical
- *Pschyrembel Klinisches Wörterbuch*. (1994). Berlin, New York: De Gruyter

Datei:
Stomaberatung

Autorinnen:
Siehe Seite 2

Version vom
Mai 2006

Ersetzt Version vom
Januar 2000

Freigabe
Departementsdirektorien

Seite
29 / 29

Checkliste: Themen der Stomaberatung

Anhang 2

Themen	Für den Stomaträger zutreffende Inhalte	Der Stomaträger hat Information erhalten	Schriftliche Unterlagen erhalten	Der Stomaträger fühlt sich genug informiert
Ausscheidung				
Baden				
Beanspruchung der Bauchmuskulatur (Gewicht)				
Bekleidung				
Beobachtungsmerkmale Haut-Schleimhaut				
Broschüre lesen und kennen				
Duschen				
Ernährung				
Eurokey (Schlüssel für Behinderten-WC)				
ilco (Selbsthilfegruppe)				
Irrigation				
Krankenkasse				
Kontaktadresse/Kontaktpersonen				
Materialbezug				
Notfallset				
Partnerschaft/Sexualität/Schwangerschaft				
Pflegeprodukte, welche nicht geeignet sind				
Radio-/Chemotherapie: Beobachtungsmerkmale				
Reisen				
Sport				
Stomaanlage				
Stomapflege				



Nicholas, Michael / Molloy, Allan /
Tonkin, Lois / Beeston, Lee

Den Schmerz in den Griff bekommen

Die Strategie des aktiven Umgangs
mit chronischen Schmerzen

"Gesundheit ist dasjenige Maß an Krankheiten, das mir noch erlaubt, meine für mich wesentlichen Dinge zu tun."
Friedrich Nietzsche

Chronischer Schmerz kann allzu oft nicht durch Medikamente beseitigt werden. Aber es gibt Hilfen durch eine Kombination verschiedener Ansätze, die in diesem auf dem weltweit erfolgreichen australischen ADAPT-Programm beruhenden Buch beschrieben werden. Dadurch können Sie den Einfluss der Schmerzen auf Ihren Alltag so gering wie möglich halten. Anstatt dem Schmerz hilflos ausgeliefert zu sein, können Sie ihn dorthin drängen, wo er hingehört: in den Hintergrund Ihres Lebens.

Mehr als 10% der Bevölkerung leiden unter chronischen Schmerzen. Testen Sie sich selbst:

- Nehmen Sie vorbeugend Schmerzmittel, wenn Sie etwas tun wollen, was den Schmerz auslöst?
- Ziehen Sie solche Tätigkeiten trotz Schmerzen durch, müssen sich dann aber ausruhen?
- Stört der Schmerz Ihren Schlaf, Ihre Arbeit, sportliche soziale Aktivitäten?
- Müssen Sie während des Tages Pausen einlegen, der Schmerz zu stark ist?
- Geben Sie manchmal auf, weil der Schmerz schlimmer wird?

- Machen Sie sich Sorgen, dass die Ärzte etwas übersehen haben?
- hat man Ihnen gesagt, Sie müssen mit dem Schmerz leben lernen – aber nicht gezeigt wie?

Wenn Sie eine dieser Fragen mit ja beantwortet haben, könnte dieses Buch Ihr Leben verbessern.

Verlag: Huber, Hans
ISBN: 978-3-456-84758-0
Preis: 17,95 Euro



Schwermann, Meike / Münch, Markus

Professionelles Schmerzassessment bei Menschen mit Demenz

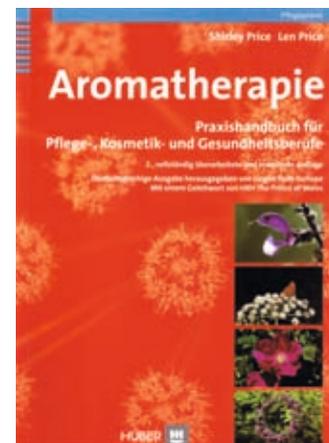
Ein Leitfaden für die Pflegepraxis

Dieser Handlungsorientierte Leitfaden bietet neben einer theoretischen Einführung in das Thema Hinweise und Hilfen zur Einführung, Umsetzung und Weiterentwicklung eines professionellen Schmerzassessments für Menschen mit Demenz. Pflegefachkräfte erhalten einen breiten Überblick über das Thema sowie anwendungsbezogene Hilfestellungen. Führungs- und Lehrkräfte finden in diesem Buch diverse Anregungen, um die Mitarbeiter zu schulen und die Instrumente in einer Institution einzuführen.

Meike Schwermann, Fachkrankenschwester, Dipl.-Sozialwirtin (FH) und Dipl.-Pflegerwissenschaftlerin (FH), ist seit 2003 als freiberufliche Referentin für Pflegeberufe tätig. Ihre Schwerpunkte liegen in den Themengebieten der Palliativen Geriatrie und dem Schmerzmanagement.

Markus Münch, Krankenpfleger, Dipl.-Pflegerwissenschaftler (FH), arbeitet seit 2005 als Mitarbeiter der Pflegedienstleitung in einem Krankenhaus. Er ist für die Innerbetriebliche Fortbildung zuständig und begleitet diverse Projekte.

Verlag: Kohlhammer
ISBN: 978-3-17-019850-0
Preis: 22,00 Euro



Price, Shirley / Price, Len

Aromatherapie

Praxishandbuch für Pflege-,
Kosmetik- und Gesundheitsberufe

Shirley und Len Price, die britischen Experten für Aromatherapie. Legen ihr erfolgreiches Standardwerk für Kosmetikerinnen sowie Pflege- und Gesundheitsberufe in vollständig überarbeiteter und erweiterter Form vor. Professionell, fundiert und praxisorientiert stellen sie die Grundlagen der Aromatherapie dar und zeigen, wann sie wie, wo und bei wem eingesetzt kann. Sie beschreiben ätherische Öle aus wissenschaftlicher Sicht einschließlich deren Entstehung, Chemie, Qualität, Wirkung und Sicherheit. Der Grundlagenteil erklärt, wie ätherische Öle vom Körper aufgenommen werden und welche Bedeutung Berührung und Düfte für Leib und Seele haben. Die Anwendung der Aromatherapie wird beschrieben während Schwangerschaft und Geburt, bei Menschen mit Lernbehinderungen, Stress, in der kardiologischen Intensivpflege, der ambulanten Pflege und Palliativpflege. "Wissenschaftlich fundiert erklärt es Einsatz und Wirkung ätherischer Öle." Berliner Zeitung

Verlag: Huber, Hans
ISBN: 978-3-456-84663-7
Preis: 49,95 Euro

Congratulations



Von links nach rechts: Anna-Maria Klemen, Ute Münzner, Angelika Weiland, Petra Gehrke, Verena Moser, Anne Sperl, Solveig Friedrich, Melanie Heinrich, Angelika Weiß, Tanja Höpfner, Elke Schwindenhammer, Hatifa Cheriet, Gabriele Gruber, Brigitte Sachsenmaier.

Am 24. März 2010 fand die Präsentation der Facharbeiten am Diakonischen Institut für Soziale Berufe in Dornstadt statt. Mit dieser Präsentation ist der letzte Prüfungsanteil der zweijährigen Weiterbildung absolviert und wir dürfen damit 12 neue Kolleginnen begrüßen und ganz herzlich beglückwünschen. Den geladenen Gästen wurde sehr eindrucksvoll ein Einblick in die Unterrichtsinhalte gegeben. Das Themenspektrum war wieder sehr breit.

Die Teilnehmer referierten beispielsweise über den Aufbau der Stomatherapie in ihrem Arbeitsfeld, die Veränderungen durch die Einführung der Pauschalen in der Stomatherapie, die Lebensqualität bei Stuhlinkontinenz, die Darmstörungen bei neurogenen Erkrankungen und nach Rektumresektionen, über ein Beratungskonzept zur Implementierung des Nationalen Expertenstandards Chronische Wunde, über die Pflegeüberleitung, die Beratung bei erektiler Dysfunktion und die Phytotherapie und

andere komplementäre Therapiemethoden. Der Tag gestaltete sich somit sehr spannend und die Gäste konnten auch wieder viel Neues erfahren. Wir hatten ein großes Publikum, zumal die nachfolgenden Kurse der Weiterbildung Stoma, Inkontinenz und Wunde zum großen Teil auch anwesend waren.

Desweiteren waren viele Gäste aus dem persönlichen Umfeld der Teilnehmerinnen, sowie Arbeitgeber, Praxisstellenleiter, Herstellerfirmen und Vertreter der Berufsverbände anwesend. Viele Gäste sind jedes Jahr bei den Abschlußveranstaltungen dabei, worüber wir uns immer wieder sehr freuen. Mit diesem Tag geht eine tolle Zeit des Lernens, der Begegnungen und Entwicklungen, aber auch eine Zeit mit hohen Anforderungen zu Ende.

Wir wünschen allen Teilnehmerinnen eine spannende Zeit und viele neue Erfahrungen in Ihrem Arbeitsfeld.

Brigitte Sachsenmaier

Diakonisches Institut für Soziale Berufe



► **Pflegeexperte Stoma • Inkontinenz • Wunde**
Beginn: 03. Mai 2010

► **Wundexperte ICW – Basisseminar**
Beginn: 22. September 2010 in Stuttgart

► **Pflegetherapeut Wunde – Aufbau-seminar**
Beginn: 22. November 2010

Diakonisches Institut für Soziale Berufe, Bodelschwingweg 30,
89160 Dornstadt, Tel.: 00 49/73 48/98 74-0, Fax: 00 49/73 48/98 74-30
info@diakonisches-institut.de, www.diakonisches-institut.de

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



maxQ. im bfw

Unternehmen für Bildung
Niddastr. 98 - 102
60329 Frankfurt/Main
Ansprechpartnerin: Frau Brigitte Meister
Tel.: 0 69/24 26 05 30
Fax: 0 69/24 26 05 34
E-Mail: meister.brigitte@maxq.net
www.maxq.net

Bildungszentrum Ruhr

Forum für Bildung und Management in Gesundheitsberufen

Bildungszentrum Ruhr

Hospitalstr. 19
44649 Herne
Tel.: 023 25/986-27 38
Fax: 023 25/986-27 39
E-Mail sekretariat@
bildungszentrum-ruhr.de
www.bildungszentrum-ruhr.de

Diakonisches Institut
für Soziale Berufe 

Diakonisches Institut für soziale Berufe

Bodelschwingweg 30
89160 Dornstadt
Tel.: 073 48/9874-0
Fax: 073 48/9874-30
E-Mail info@di-dornstadt.de
www.di-dornstadt.de



Wannsee-Akademie

Zum Heckeshorn 36
14109 Berlin
Tel.: 030/80686-041
Fax: 030/80686-404
E-Mail IZR@wannseeschule.de
www.wannseeschule.de



Deutsche Angestellten Akademie

Angersbachstr. 4
34127 Kassel
Tel./Fax: 0561/8070 61 53
info.daa-kassel@daa-bw.de
www.daa-kassel.de

maxQ. im bfw Unternehmen für Bildung – eine neue Weiterbildungsstätte des 'Pflegeexperten Stoma · Inkontinenz · Wunde' stellt sich vor

Was ist maxQ. im bfw – Unternehmen für Bildung?
Das Berufsbildungswerk (bfw) ist ein Unternehmen des DGB, bietet Bildungsmaßnahmen in den Bereichen gewerblich-technisch, kaufmännisch und Erziehung, Soziales, Gesundheitswesen (ESG) an und besteht seit 1953. Der Bereich ESG firmiert bundesweit unter der Marke maxQ.



Partner für Kompetenz und Qualität
im Netzwerk Gesundheit und Soziales

mit 7 Vertriebs- und Kompetenzcentern und über 50
Bildungseinrichtungen vor Ort.

Am Standort Frankfurt/Main – verkehrsgünstig in der Nähe des Hauptbahnhofes gelegen – sind nicht nur eine staatlich anerkannte Altenpflege- /-hilfe- und Krankenpflegeschule angesiedelt, sondern auch das staatlich anerkannte Fort- und Weiterbildungszentrum für Berufe im Gesundheitswesen und das bereits seit 1973. Die Angebotspalette umfasst neben der Altenpflege- und Altenpflegehilfeausbildung die Durchführung von Anerkennungsprüfungen von im Ausland erworbenen Pflegeausbildungen auch Fort- und Weiterbildungen des gesamten pflegerischen Spektrums, wie z.B. Führen und Leiten, pädagogische und pflegfachliche Angebote sowie auch Einstiegsqualifizierungen im Bereich Pflege- und Serviceassistenten, Betreuungskräfte, Alltagsmanager und das Angebot von Inhouse-Schulungen für alle Einrichtungen des Gesundheitswesens. Nähere Informationen finden Sie auch auf unserer Homepage www.maxq.net.

Bereits bei der Anfrage zur Überarbeitung der DVET Weiterbildungs- und Prüfungsordnung wurde die Fachbereichsleitung von maxQ. im bfw – Frau Dr. Hiltrud Kleinschmidt – gebeten,

diese aus pflegewissenschaftlicher Sicht zu beurteilen.

Die Anfrage des DVET Fachverband Stoma und Inkontinenz e.V. im Jahr 2006 mündete dann in einen Kooperationsvertrag zwischen maxQ. im bfw Frankfurt/Main und dem DVET sowie der konkreten Planung des ersten Lehrgangs mit Starttermin September 2007.

Die erste Ausschreibung wurde genutzt, um mit einer Informationsveranstaltung im Juni 2007 die neue Weiterbildungsstätte in Frankfurt/Main vorzustellen.

Aus der Ausschreibung:

Ziel

Ziel dieser Weiterbildung ist es, den veränderten Bedingungen im Gesundheitswesen Rechnung zu tragen. Menschen mit zum Teil schwerwiegenden Gesundheitsstörungen werden nicht mehr nur im Krankenhaus, sondern vielfach auch in ihrer häuslichen Umgebung betreut. Pflegeexperten Stoma · Inkontinenz · Wunde leisten hierbei Unterstützung zur Erhaltung, Anpassung und Wiederherstellung der psychischen, physischen und sozialen Funktionen und Aktivitäten des täglichen Lebens.

Die Unterstützung der Selbstpflegefähigkeiten des einzelnen Menschen stehen dabei im Vordergrund.

Ihr Nutzen

Aufbauend auf Ihren beruflichen Kenntnissen qualifizieren Sie sich für die Betreuung, Beratung, Pflege und Edukation von Menschen, die aufgrund unterschiedlicher Gesundheitsstörungen eine Stomaanlage und /oder Harnableitung, Inkontinenz, Wundheilungsstörungen und daraus resultierende spezifische Ernährungsprobleme erhalten/erworben haben oder die Möglichkeit dazu besteht.

Tätigkeitsfelder liegen im multiprofessionellen Team in den verschiedensten Arbeitsbereichen (Krankenhaus, ambulante Pflege, Rehabilitations-Einrichtungen, Altenheim, Homecare-Bereich, Fachhandel, Industrie)

Teilnehmerkreis

Das Angebot richtet sich an TeilnehmerInnen mit abgeschlossener Berufsausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und Altenpflege (3-jährig) mit mindestens 2-jähriger Berufserfahrung.

Wie wird die Weiterbildung umgesetzt?

Inhalt der Weiterbildung

Die Weiterbildung wird nach der aktualisierten Weiterbildungs- und Prüfungsordnung und Rahmenlehrplan des DVET Fachverband Stoma und Inkontinenz durchgeführt. Die Module der Weiterbildung werden im Bereich der Grundlagen miteinander verknüpft, auch hier wird bereits Bezug auf fachspezifische Inhalte genommen, in den Fachmodulen wird auf dieser Basis das fachspezifische Wissen dann erweitert und vertieft.

Die modulare Struktur bietet Chancen, aber auch Schwierigkeiten, aber sie ist zukunftsorientiert, denn mittlerweile wurden ja schon in einzelnen Bundes-



Bild 1

ländern Weiterbildungs- und Prüfungsordnungen mit modularer Struktur verabschiedet.

Während der Weiterbildung werden auch Angebote der Stadt Frankfurt zur Vertiefung und Erweiterung einzelner Themenbereiche eingebunden, z.B. im Monat März („Darmkrebsmonat“) die Veranstaltungen der einzelnen Krankenhäuser, der ‚Tag der Selbsthilfe‘ oder des ‚Frankfurter Netzwerks Ethik in der Altenpflege‘ sowie Veranstaltungen der Fachhochschule Frankfurt.

Zusätzlich zu den Präsenzstunden werden den TeilnehmerInnen 5 Stunden Studienzeit pro Unterrichtsblock angerechnet, so dass sich eine Gesamtstundenzahl von 800 ergibt. Die Praktika umfassen 2 mal 2 Wochen und eine 3-tägige Hospitation, zu den Praktika wird ein Bericht verfasst. Im Rahmen der Grundlagenmodule wird eine Gruppenarbeit zu einem frei wählbaren Thema verfasst, während der gesamten Lehrgangsdauer werden 4 verschiedene Praxisaufgaben bearbeitet, von denen zwei in die Gesamtnote eingerechnet werden.

Als Themen der Praxisaufgaben stehen zur Verfügung:

- Literaturstudie zu den Bereichen Stoma, Inkontinenz und Wunde
- Pflegeplanung
- Beratungsgespräch
- Implementierung von Expertenstandards

Mit Beginn der Fachmodule erstellen die TeilnehmerInnen eine Einzelarbeit zu einem ebenfalls frei gewählten Thema – es hat sich bei den beiden bisherigen Kursen gezeigt, dass auch hier Wünsche der jeweiligen Arbeitgeber einfließen. Den Abschluss bildet – neben dem Colloquium zur Einzelarbeit – eine dreistündige Klausur, die Fallbeispiele aus den drei Fachbereichen Stoma, Inkontinenz und Wunde enthält und die Inhalte aus den Grundlagen- und Fachmodulen kompetenzorientiert zusammenführt. Grundsätzlich stehen pro Jahr 15 Plätze zur Verfügung, die Teilnehmerstruktur ist von den Tätigkeitsfeldern sehr gemischt, ebenso die räumliche Herkunft. Es stehen Unterkunftslisten bereit, aber mittlerweile nehmen auch viele Pendler teil – die zentrale Lage zum Hauptbahnhof ist hier sicherlich auch ausschlaggebend.

Erfreulich war, dass der erste Kurs, der mit Verschiebung begonnen hatte, für alle 9 TeilnehmerInnen einen erfolgreichen Abschluss am 20.11.2009 fand. (Bild 1)

Die TeilnehmerInnen des zweiten Kurses (Bild 2) werden ihren Abschluss am 25.06.2010 mit 16 TeilnehmerInnen feiern, der dritte Kurs hat am 14.09.2009 mit 11 TeilnehmerInnen begonnen.

Der vierte Kurs ist in Planung und startet am 06.09.2010 – es sind noch Plätze frei!

Für weitere Informationen oder Fragen zum Ablauf der Weiterbildung steht Ihnen die Kursleitung Frau Brigitte Meister meister.brigitte@maxq.net oder Tel.: 069 24 26 05 32 zur Verfügung.



Bild 2

Dansac GmbH

Erfolgreiche DIN EN ISO Zertifizierung der Dansac GmbH

Die Dansac GmbH ist im November 2009 durch die TÜV Rheinland Group nach DIN EN ISO 9001:2008 zertifiziert worden.

Somit ist der gesamte Herstellungs- und Vermarktungsprozess, angefangen von der Auswahl der Rohstoffe für die Produktion bis hin zur Auslieferung an den Kunden vollständig durch ein Qualitätsmanagementsystem abgebildet.

Seit bereits elf Jahren ist die Dansac GmbH als eigenständiger Anbieter von hochwertigen Stomaversorgungen auf dem deutschen Markt tätig. Die Produkte werden im Werk der Dansac A/S im dänischen Fredensborg, nördlich von Kopenhagen, produziert. Zu einem Markenzeichen der Dansac GmbH ist, neben Produktinnovationen wie dem Novalife 2 toilettenfähigen Beutel, auch die Dansac Akademie geworden.

Die Dansac Akademie wurde ins Leben gerufen, um eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung in der Betreuung von Stomabetroffenen zu bewirken. Dies wird durch ein hochwertiges Angebot von Seminaren und Workshops für Fachkräfte aus dem Stomabereich erreicht. Über 1800 Teilnehmer haben bisher erfolgreich eine Fortbildung der Akademie durchlaufen.

Den hohen Qualitätsstandard, den Dansac an die eigenen Fortbildungsveranstaltungen stellt, wurde bereits mit der Zertifizierung der Dansac Akademie Ende 2004 dokumentiert.

Abgerundet wird das Angebot der Dansac GmbH durch maßgeschneiderte Dienstleistungen für Krankenhäuser. Dies umfasst insbesondere die Unterstützung bei der Zertifizierung zum Darmzentrum, die durch ein hochqualifiziertes Beratungsteam kundenindividuell erarbeitet wird.



Weitere Informationen zur Dansac GmbH erhalten Sie telefonisch unter 02233 - 397 0 oder schreiben Sie an dansac.deutschland@dansac.com.

Coloplast

Mehr Durchblick für mehr Sicherheit

Eine leichte und genaue Positionierung ermöglicht der neue SenSura Kolostomiebeutel mit Sichtfenster. Das Vlies auf der Rückseite des Beutels lässt sich öffnen, sodass der Sitz der Versorgung durch die transparente Beutelfolie begutachtet werden kann.

Diese neue Lösung bringt dem Stomaträger gleich zwei Vorteile. Er profitiert sowohl von der Diskretion des hautfarbenen Beutels als auch von der Möglichkeit zu kontrollieren, ob der Hautschutz dem Stoma gut angepasst ist. Dies verhindert, dass Ausscheidungen mit der stomaumgebenen Haut in Kontakt kommen.

Im Zusammenspiel mit dem wirkungsvollen SenSura 2-Schicht-Hautschutz werden so Komplikationen vermieden. Der SenSura 2-Schicht-Hautschutz besteht aus zwei unterschiedlichen Schichten.

Die untere, dunkle Schicht nimmt überschüssige Hautfeuchtigkeit auf und ist besonders hautfreundlich. Die obere, helle Schicht schützt die Haut sicher vor Ausscheidungen. Die Haut bleibt gesund. Dies steigert das Wohlbefinden des Stomaträgers.



Der oval geformte, flexible Hautschutz sorgt für Sicherheit und Tragekomfort. Wegen seiner speziellen Zusammensetzung lässt sich die Versorgung leicht und schmerzfrei entfernen.

Der SenSura Kolostomiebeutel mit Sichtfenster ist sowohl in ausschneidbarer Variante als auch mit bereits vorgestanzten Lochgrößen erhältlich.

SenSura jetzt mit 30 Beuteln Packungsinhalt

Einfach ausliefern und abrechnen

SenSura Beutel gibt es ab sofort in einer Packungseinheit mit 30 Beuteln. So können Leistungserbringer die monatliche Stomaversorgung einfach und problemlos mit der jeweiligen Krankenkasse abrechnen. Dies spart Zeit bei den Arbeitsprozessen.

Freude am Produkt für alle Beteiligten

SenSura bietet Stomaträgern Sicherheit durch den hochwertigen 2-Schicht-Hautschutz. Viele weiterentwickelte Produkteigenschaften machen SenSura zudem besonders anwenderfreundlich. Auch alle Leistungserbringer sollen SenSura problemlos und unkompliziert einsetzen können. Deshalb ändert Coloplast jetzt die Packungseinheit und kommt damit dem Wunsch der Leistungserbringer nach. SenSura mit 30 Beuteln Inhalt lässt sich einfach auf Monatsbasis abrechnen. Die hierdurch gewonnene Zeit kommt der Beratung von Stomaträgern zugute.



Alle SenSura Packungen mit 30 Beuteln Inhalt bekommen eine neue Artikelnummer. Der alten fünfstelligen Artikelnummer wird einfach eine „1“ hinzugefügt. Der Preis je Beutel verändert sich nicht und die Produktqualität bleibt selbstverständlich unverändert hoch. Für eine problemlose Übergangsfrist ist SenSura mit 40 Beuteln je Packung noch bis zum 30. September 2010 erhältlich. Für Informationen steht der Coloplast Beratungsservice gern zur Verfügung.



Weitere Informationen:
Coloplast GmbH
Kuehnstr. 75, 22045 Hamburg
Telefon: 040/66 98 07 77
Fax: 040/66 98 07 48
E-Mail: devks@coloplast.com
www.sensura30.coloplast.de



Die nächste Ausgabe Ihrer

MagSi® Magazin

Stoma · Inkontinenz · Wunde

erscheint im August 2010

Herausgeber

DVET Fachverband
Stoma und Inkontinenz e.V.
Herr Werner Droste
Nikolaus-Groß-Weg 6
59371 Selm
Tel.: +49(0)2592/973141
Fax: +49(0)2592/973142
E-Mail: DVET@gmx.de
Internet: www.DVET.de

ISSN 1863-1975

Erscheinungsmo- nate

April, August, Dezember

Redaktionsschluss

1. Februar, 1. Juni, 1. Oktober

Anzeigen- und Beilagenschluss

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

Redaktion + Autorenbeiträge

Brigitte Sachsenmaier
Ziegelstraße 42, 73084 Salach
Fax: (07162)460456
E-Mail: redaktion-magsi@dvnet.de

Gestaltung

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

Druck

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

Anzeigenverwaltung,

Verkauf und Versand

DVET Fachverband
Stoma und Inkontinenz e.V.
Herr Werner Droste
Nikolaus-Groß-Weg 6
59371 Selm
Tel.: +49(0)2592/973141
Fax: +49(0)2592/973142
E-Mail: DVET@gmx.de
Internet: www.DVET.de

Abonnement

Bezugspreis Jahresabonnement
Inland- und Ausland
10,20 € zzgl. Versand
Einzelheftpreis 4,50 € inkl. Inland-Versand.

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

Zielgruppen

- Pflegende mit der Qualifikation
Stomapflege, Inkontinenz, und Wund-
versorgung mit spezieller Ernährungs-
beratung.
 - Pflegende und andere Berufsgruppen in
klinischen und ambulanten Bereichen,
Rehabilitationseinrichtungen, Sozialsta-
tionen, im Sanitätsfachhandel und in
der Industrie.
 - Pflegende und andere Berufsgruppen in
Alten-, Senioren- und Pflegeheimen
sowie in Kranken- und Altenpflegeschu-
len und in Weiterbildungseinrichtungen.
 - Homecarebereich
 - Ärzte
 - Therapeuten
 - Betroffene.
- Ein zum Abonnenten-Versand zusätzlich
durchgeführter zielgruppenorientierter
Wechselsend bundesweit oder gezielt
regional wird zur Öffentlichkeitsarbeit
regelmäßig durchgeführt.

Bankverbindung

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

Geschäftsbedingungen

Das **MagSi®** Magazin
Stoma – Inkontinenz – Wunde,
die Fachzeitschrift für Pflege, Fortbildung
und Berufspolitik ist aktuell, innovativ und
unabhängig. Sie ist das Organ des DVET
Fachverband Stoma und Inkontinenz e.V.
Die Mediadata, 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 fotomecha-
nischen Wiedergabe und der Übersetzung.
Titel geschützt.

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

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

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

Für unaufgefordert eingesandte Manu-
skripte und Unterlagen lehnt der Herausge-
ber die Haftung ab.

Bild: MEV

Werben auch Sie
neue Mitglieder
für den DVET!

Info und Beitrittsformular
unter:

www.dvet.de



DVET
Fachverband
Stoma und Inkontinenz e.V.

Für eine starke Gemeinschaft
in der Pflege!

PubliCare – Ihr Partner mit Herz!

Wir sind eins der größten Homecare-Unternehmen Deutschland. Mit über 150 Mitarbeitern bundesweit sind wir nahezu überall und jederzeit für unsere Kunden zur Stelle. – Über uns, Ihrem unabhängigen **Stoma-, Inkontinenz- und Wundversorger**, können Sie alle Produkte der führenden Hersteller schnell und unkompliziert beziehen. Unsere Beratung und Betreuung ist kostenlos, ebenso wie die diskrete Lieferung aller Bestellungen.

Rufen Sie uns an!

KOSTENLOSE
HOTLINE

0800
7090490

PubliCare
Meine-HomeCare.de



PubliCare GmbH · Am Wassermann 20-22 · 50829 Köln
Telefon 0800 7090490 · Fax 0221 7090499 · www.Meine-HomeCare.de

Schaefers 1/2-Seite-Anzeige

Daten bei HEWEA-Druck



Berufsverband der Pflege

DVET
Fachverband
Stoma und Inkontinenz e. V.

DVET
Fachverband
Stoma und Inkontinenz e. V.

Nikolaus-Groß-Weg 6
59371 Selm
Tel.: +49(0)2592/973141
Fax: +49(0)2592/973142
E-Mail: DVET@gmx.de
Internet: www.DVET.de

DVET
Fachverband
Stoma und Inkontinenz e. V.

DVET
Fachverband
Stoma und Inkontinenz e. V.