

MagSi®

MAGAZIN



STOMA
KONTINENZ
WUNDE

Das Thema

Reiten zur
Kontinenzförderung

Studie: Inkontinenz lastet
schwer auf pflegenden
Angehörigen

Aktuelles

Das erste Mal –
Sexualität und Handicap

Brava™

»Ich dachte nicht, dass ich ein Hautschutz-Spray finde, das meine Haut so sanft schützt.«

Steve, Stomaträger seit 2004

Ganz sicher. Mit Brava™

Der Brava Hautschutz schützt die stomaumgebende Haut sicher vor Ausscheidungen und Reizungen.

Der Brava Hautschutz kann Hautprobleme lindern und vermeiden. Ein Schutzfilm, der sich auf der Haut bildet, schützt vor Stomaausscheidungen und Haftmaterial. Beim einfachen Entfernen der Versorgung wird der Film komplett mit abgelöst, so dass sich keine übereinanderliegenden Schichten bilden können.

Der Brava Hautschutz ist Teil der neuen Pflegeschutz-Serie, die hilft, die stomaumgebende Haut zu pflegen und zu schützen und Leckagen zu mindern.



So wenden Sie das Produkt an

Bringen Sie den Hautschutz nach der Reinigung auf die stomaumgebende Haut auf. Er bildet dort einen dünnen Schutzfilm und schützt so wirksam vor Reizungen, die durch den Versorgungswechsel entstehen.*

*Bitte lesen Sie auch die Gebrauchsanweisung, die den Produkten beiliegt.



Bestellen Sie sich kostenfreie Muster unter www.brava.coloplast.de oder rufen Sie unseren Kundenservice an: 040 669807-77

www.coloplast.de

Coloplast GmbH, Postfach 70 03 40, 22003 Hamburg, Tel. 040 669807-77, Fax 040 669807-48, devks@coloplast.com

The Coloplast logo is a registered trademark of Coloplast A/S. © 2012-06 All rights reserved Coloplast A/S, 3050 Humlebæk, Denmark.

 **Coloplast**



Ausblick

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Die vorliegende 59. Ausgabe unserer „MagSi®“ beruht in weiten Teilen des Inhalts auf aktuellen Forschungsaktivitäten. Forschung und deren Ergebnisse sollen zunächst das vorhandene Wissen hinterfragen, prüfen und beweisen, neues Wissen hinzufügen und so die gewonnenen Erkenntnisse im Ergebnis den praktisch Handelnden wieder zur Verfügung gestellt werden.

Sie werden feststellen, dass die „MagSi®“, als einzige Fachzeitschrift in deutscher Sprache in der Kombination der Handlungsfelder Stomatherapie, Kontinenzförderung und Wundversorgung durch die Publikation dieser Forschungsergebnisse zu einer intensiven Bearbeitung dieser Forschungsthemen beiträgt. An dieser Stelle sei die Erneuerung unserer Aufforderung an Sie als Leserin und Leser der „MagSi®“ gestattet, sich aktiv in die Gestaltung unserer Fachzeitschrift einzubringen. Als Autor eines eigenen Beitrags etwa oder als Kommentator eines veröffentlichten Artikels durch einen persönlichen Leserbrief, den Sie an unsere Redaktion richten. Wie auch immer Sie sich aktiv in die Publikation einbringen möchten, wird sich in den nächsten Ausgaben der „MagSi®“ direkt zeigen. Für heute wünschen wir Ihnen viel Vergnügen und spannende Information bei der Lektüre der neuen „MagSi®“!

Ihre Redaktion

Das Thema

- 4 Inkontinenz ein Risikofaktor für Hautschäden?
- 8 Reiten zur Kontinenzförderung
- 14 Leitfaden zur Versorgung eines Ileum-Conduits mit liegenden Splinten
- 20 Mit 1 cm pro Stunde unterwegs in Richtung Urether
- 22 Entstehung und Weiterentwicklung der Stomatherapie am Darmzentrum Südwestfalen
- 24 Erinnerungen, Zahlen, Fragen, Korrelationen – aus 16 Jahren Leben mit einer Ileumneoblase
- 28 Studie: Inkontinenz lastet schwer auf pflegenden Angehörigen

Aktuell

- 31 Sitzung der Expertenkommission zu peristomalen Hautläsionen
- 33 Das erste Mal – Sexualität und Handicap
- 34 Wir leben mit einem Stoma!
- 36 40 Jahre Deutsche ILCO: ILCO-Tage 2012 in München
- 39 Stoma Versorgung individuell nach Maß!

Fachgesellschaft Aktuell

- 40 Termine/Kongresse
- 41 Kooperationspartner/Mitgliedsverbände

Buch-Tipp

- 42 Interessante Literatur

Weiterbildung Aktuell

- 43 „Körperbildstörungen“
- 44 Erfolgreicher Abschluss des 4. Lehrganges Pflegeexperten Stoma • Inkontinenz • Wunde
- 45 1. Refresher für Pflegeexperten Stoma-Kontinenz-Wunde in Kassel

Schaufenster

- 48 Neuigkeiten bei Produkten und Dienstleistungen

Impressum

- 54 Impressum/Vorschau nächste Ausgabe

Herausgeber



Kooperationspartner



Hautpflege und Hautschutz bei Inkontinenz

Seit der Erscheinung des Expertenstandards "Förderung der Harnkontinenz in der Pflege" (DNQP 2007) interessieren sich vermehrt Pflegende für die Problematik der Inkontinenz und deren Folgen für Betroffene. Dieser Artikel soll eine Hilfestellung sein, praktizierte Maßnahmen der Hautpflege und des Hautschutzes bei erwachsenen inkontinenten Menschen zu überprüfen.

Inkontinenz ein Risikofaktor für Hautschäden?

Besonders prädisponiert sind Hautareale bei denen Haut auf Haut liegt. Sekundär können weitere Hauterkrankungen wie z. B. Pilzkrankungen (*candida albicans*) und bakterielle Entzündungen (z. B. durch Staphylokokken) entstehen.

dermale Barrierefunktion. Dieser Prozess wird ausgelöst, wenn Urin und Stuhl längerfristig auf die Haut einwirken. Die Verschiebung des Haut- pH- Wertes entsteht durch toxische Komponenten wie z. B. Ammoniak (Abbauprodukt des Urins) und durch die im Stuhl enthaltenen Eiweiß spaltenden Enzyme. Liegt Urin- und Stuhlinkontinenz gleichzeitig vor, werden diese Enzyme verstärkt aktiviert, was eine weitere Durchlässigkeit des stratum corneum bewirkt. Hornschichtquellung durch Feuchtigkeit und evtl. Einwirkung von Pflegeprodukten verändern ebenfalls die Hautbarrierefunktion (Nashan et al., 2004; Schnelle et al., 1997;). Mechanische Belastung z. B. durch starkes Reiben beim Waschen und Abtrocknen oder durch Entfernen von Salbenresten ist ein zusätzlicher Risikofaktor (Nashan et al., 2004; Gray et al., 2007).

Bei der Stuhlinkontinenz und der gemischten Urin- und Stuhlinkontinenz ist das Risiko für Hautveränderungen größer als bei alleiniger Urininkontinenz. Weiterhin spielen die Häufigkeit und die Menge der Ausscheidung eine Rolle. Eine besondere Belastung der Haut ist die Diarrhoe.

Aufsaugende Inkontinenzhilfsmittel können ebenfalls die Haut belasten. Zum einen, wenn sie okklusiv wirken und durch die entstehende Schweißbildung der Haut pH – Wert erhöht wird, oder zum andern, wenn sie Feuchtigkeit ungenügend aufnehmen und binden (Gray et al., 2007).

Maßnahmen zur Prävention

Einschätzung des Hautzustandes und Erfassen des Risikopotentials

Bei inkontinenten Patienten/Bewohnern, steht innerhalb der Anamnese an erster

Prävalenz / Inzidenz / Risikogruppen

Prävalenz und Inzidenz dieser Hautveränderungen sind nicht gesichert. Sie können sich gleichermaßen bei Patienten in Akutpflegeeinrichtungen und bei Bewohnern von Pflegeheimen entwickeln. Da jedoch das Risiko inkontinent zu werden mit zunehmendem Alter steigt (DNQP, 2007) ist die Prävalenz bei dieser Personengruppe höher. Folgende Risikofaktoren begünstigen die Entstehung:

- Alter
- Ernährungszustand
- Durchblutungssituation der Haut
- Hauttemperatur
- Mobilität
- Sensomotrik im perianalen Bereich
- Hautkonstitution
- Pflegegewohnheiten (Gray et al., 2007; Bliss et al., 2006; Nashan et al., 2004; Vogt, 1999).

Entstehungsursachen

Der sog. Hydrolipidmantel sorgt für die Geschmeidigkeit der Hautoberfläche und bestimmt auch den Haut-pH-Wert mit. Dieser liegt im sauren Bereich (pH 5,5-6,5). Dadurch ist die Haut u. a. befähigt Mikroorganismen und Schadstoffe abzuwehren.

Feuchtigkeit auf der Haut und Veränderungen ihres pH-Wertes von sauer nach alkalisch (7-10) vermindern diese epi-

Möglicherweise gehen Pflegende davon aus, dass es bei Patienten/Bewohner bei längerfristig bestehender Inkontinenz häufig zu Hautschäden kommt. Diese werden in der deutschsprachigen Literatur z. B. als Mazeration, sog. Windeldermatitis, perianale Dermatitis oder Intertrigo bezeichnet. Verschiedene Studien belegen (Bliss et al., 2006; Nix et al., 2006), dass ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen Inkontinenz und Hautveränderungen, im Sinne einer irritativen Dermatitis, besteht. Die englischsprachige Literatur fasst diese Hautveränderungen in dem Begriff „Incontinence - associated dermatitis (IAD)“ zusammen, dadurch wird deutlich auf die oben genannte spezifische Ursache hingewiesen (Gray et al., 2007). Folgende Hautveränderungen sind zu beobachten:

- Flächige Rötung
- Erosionen
- Entzündung
- Evtl. Blasenbildung

Die Schäden entwickeln sich im Hautbereich, der mit Ausscheidungen in Kontakt kommt. Sie betreffen vor allem den Damm (perineum), die perianale Region und evtl. auch beide Gesäßbacken. Die lokale Veränderung ist individuell unterschiedlich ausgedehnt.



Stelle, besonders bei den entsprechenden Risikogruppen, ein Assessment zur Hautsituation im Genitalbereich. Auf Grund der Entstehungsursachen sollen bei der Erhebung folgende Kriterien beachtet werden:

- Typ der Inkontinenz (Urin- Stuhl-inkontinenz, Diarrhoe, gemischte Inkontinenz)
- Dauer der Einwirkungszeit der Ausscheidung (z. B. Häufigkeit des Hilfsmittelwechsels)
- Intaktheit der Haut
- Anzahl der Risikofaktoren

Verhinderung /Reduzierung der Haut-belastung durch Behandlung der Inkontinenz

Nachdem die Inkontinenz der Auslöser für mögliche Hautschäden darstellt, müssen deren Ursachen analysiert und mögliche Behandlungen eingeleitet werden. So können pflegerische Interventionen wie z. B. gezieltes Stuhltraining, begleitete Toilettengänge u. a. die Inkontinenzepisoden reduzieren (Whiteley, 2007; Nashan et al., 2004).

Erhaltung und Förderung des physiologischen Hautmilieus

Lokale Maßnahmen an den gefährdeten Hautarealen, wie die Reinigung, die Pflege, der Hautschutz und der Hilfsmiteinsatz orientieren sich an den auslösenden Faktoren. Folgende Maßnahmen sind zu empfehlen:

- Schonende Reinigung der Haut. Häufiges Waschen ist zu hinterfragen. Reinigung nach jeder Stuhlausscheidung, nicht aber nach jeder Urinausscheidung.
- Lauwarmes oder kühles Wasser ist warmem oder heißem vorzuziehen, da Letzteres die Haut stärker entfettet.
- Zur Reinigung schwach saure (pH-Wert 5,5 - 6) oder neutrale Pflegeprodukte in flüssiger Form sparsam einsetzen. Seife ist alkalisch, sie erhöht den Haut pH-Wert und wird deshalb nicht verwendet. Die waschaktive Substanz darf nicht auf der Haut bleiben.

- Nach der Reinigung vorsichtig, ohne zu starkes Rubbeln oder Reiben gründlich abtrocknen.
- Zur Rückfettung der Haut (Hydro-lipidmantel) wird eine Wasser-in-Öl-Lotion (W/O) verwendet, dies ist besonders bei zu Trockenheit neigender Haut zu beachten. Individuelle Gewohnheiten sind zu respektieren, aber auch kritisch zu überdenken.
- Salben und Pasten, meist reine Fettpräparate (z. B. Vaseline, Melkfett), führen zu einer starken Abdichtung der Haut. Die Haut quillt auf. Diese fettenden Präparate kommen gezielt, ganz dünn aufgetragen, eher als Schutz vor äußeren Einflüssen zur Anwendung. Als idealer Nährboden für Keime müssen sie täglich sorgfältig entfernt werden, das kann eine zusätzliche mechanische Belastung für die Haut sein (Bienstein et al., 1997; Newman, 2002). Bei der Auswahl der Pflegepräparate ist zu berücksichtigen, dass Duft- und Konservierungsstoffe

als Kontaktallergene wirken können (Vogt, 1999).

- Spezielle Barriersubstanzen können den Kontakt zwischen Ausscheidung und Haut bei hautempfindlichen Personen herabsetzen, besonders wenn entzündlich veränderter Urin, gemischte Stuhl- und Urininkontinenz oder Diarrhoe auf die Haut einwirken. Diese sog. Hautprotektoren gibt es in Form von Hautschutzfilmen (wasserlöslich, durchsichtig) oder Barrierecremes. Sie wirken zwischen 7 bis zu 72 Stunden, auch wenn die Haut gewaschen wird. Es gibt Hinweise in Studien in amerikanischen Pflegeheimen, dass sie effektiv und zeitsparend, dadurch kostengünstig sind. Als Hautschutz wirken auch zinkoxydhaltige Cremes oder Salben. Sie haben den Nachteil, dass bei der täglichen Entfernung die Haut mechanisch belastet werden kann. Wenn überhaupt, sollten sie nur ganz dünn aufgetragen werden.

Bei allen Maßnahmen sind Pflegerituale kritisch zu hinterfragen.

Hilfsmittel zur Kompensation der Ausscheidung

Die zur Kompensation der Inkontinenz eingesetzten körpernahen, aufsaugenden Hilfsmittel spielen als Hautschutz eine bedeutende Rolle (Gray et al., 2007; Newman, 2002; Füsgen und Dirschka, 2003). Sie müssen Qualitätsansprüchen genügen, wie z. B. Ausstattung mit Superabsorber und Rücknässeschutz. Es gibt Hinweise, dass die Art der Hilfsmittelaußenfolie (atmungsaktiv) hier besonders bedeutsam ist (Smola et al, 2008; Füsgen und Dirschka, 2003). Für den Hautschutz ist es günstiger, wenn wenig Hautfläche mit dem Hilfsmittel abgedeckt ist und keine Okklusion entsteht. Damit die Haut nicht der Nässe ausgesetzt ist, müssen die Hilfsmittel gewechselt werden, wenn deren Aufnahmekapazität erreicht ist. Zur Einschätzung können Nässeindikatorstreifen hilfreich sein. Für Männer ist auch möglicherweise der Einsatz eines Kondomurinals sinnvoll. Bei der Stuhlinkontinenz mit flüssiger Ausscheidung kann der Einsatz eines Faekalkollektors die Hautbelastung verhindern.

Bei der Erkennung von Risikofaktoren und Prävention von Hautschäden durch

Inkontinenz hat die Pflege einen hohen Stellenwert. Zur Sicherung pflegerischer Qualität sollten Pflegepraktiken sowohl der pflegerischen Fachkräfte als auch der Betroffenen und ggf. ihren Angehörigen kritisch durchdacht werden. Für Einrichtungen empfiehlt sich ein einheitliches, strukturiertes Hautpflege-/schutzprogramm bei inkontinenten Patienten/Bewohnern einzuführen und das Personal entsprechend zu schulen.

Die Literaturrecherche hat gezeigt, dass auf diesem Gebiet weiterer Forschungsbedarf besteht, damit zukünftig mehr evidencebasiertes Wissen den Pflegenden zur Verfügung steht. Die genannten Empfehlungen orientieren sich an wissenschaftlicher Literatur, vorwiegend an anglo-amerikanischen Studien; im deutschsprachigen Raum liegen zu diesem Thema wenige Studien vor. Auf Grund der Datenlage sind diese vorwiegend auf dem Evidenzgrad (C) angesiedelt.

Literatur:

Bienstein, Ch.: *Hautpflege und Körperwahrnehmung*. In: Bienstein, Ch.; Schröder, G.; Braun, M.; Neander, Kl.-D.: *Dekubitus – Die Herausforderung für Pflegende*. Thieme, Stuttgart, New York, 1997

Bliss, D. Z., Zehrer, C., Savik, K., Thayer, D., Smith, G. (2006): *Incontinence-Associated Skin Damage in Nursing Home Residents: A Secondary Analysis of a Prospective, Multicenter Study*. In: *Ostomy/Wound Management*, Vol. 52, 12: 46 – 55

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg): *Expertenstandard – Förderung der Harnkontinenz in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung*. Schriftenreihe des DNQP Osnabrück 2007.

Füsgen, I.; Dirschka, Th. In: *European Journal of Geriatrics*, Vol. 5 (2003) 2: 94-97

Gray, M., Bliss, D. Z., Doughty, D. B., Ermer-Seltun, J., Kennedy-Evans, K.L., Palmer, M. H., Doughty, D. (2007): *Incontinence – associated Dermatitis: A Consensus*. In: *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, Vol. 34, 1: 45 – 54

Nashan, D., Schumann, H., Meis, J., Kliesch, S.: *Harninkontinenz: Übersicht zur Klinik, Prävention und Therapie dermatologischer Folgeerkrankungen*. In: Raem, A.M., Fenger, H., Kolb, G.F., Nikolaus, Th., Rychlik, R., v. Pientka, L., Vömel, Th. (Hrsg.): *Handbuch Geriatrie – Lehrbuch für Praxis und Klinik*. Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH, Düsseldorf 2004

Newman, D.K. (2002): *Managing and Treating Urinary Incontinence*. Health Professions Press, Baltimore, London, Winnipeg, Sydney

Nix, D. (2006): *Skin Matters: Prevention and Treatment of Perineal Skin Breakdown Due to Incontinence*. In: *Ostomy/Wound Management*, Vol. 52, 4: 26 – 28

Schnelle, J. F., Greg, M. A., Cruise, P. A., Al-Sammarrai, N., Sarbaugh, F. C., Uman, G., Ouslander, J. G. (1997): *Skin Disorders and Moisture in Incontinent Nursing Home Residents: Intervention Implications*. In: *JAGS* 45: 1182 – 1188

Smola, H., Krause-Huckleberry, O., Winzen, K., Zöllner, P., Hornung, F., Bähr, R. (2008): *Beeinflussung der natürlichen Hautbarrierefunktion durch moderne, aufsaugende Inkontinenzprodukte*. In: *Deutsche Kontinenzgesellschaft, Referateband Leipzig 2008*: 76 – 77

Vogt, H.-J. (1999): *Inkontinenz und Hautprobleme*. In: *Gesellschaft für Inkontinenzhilfe e. V. Bamberger Gespräche 1999. Haut und Inkontinenz. Gesellschaft für Inkontinenzhilfe e. V., Bamberg*: 15-23.



Elke Kuno
Ladenburgerstr. 37
69120 Heidelberg
Lehrerin für Pflegeberufe
Mitglied der Expertenarbeitsgruppe:
"Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege"

Dansac Novalife Beutel
Jetzt auch als
konvexe
Versorgung

SICHERHEIT, KOMFORT, DISKRETION

jetzt auch als konvexe
Versorgung.

Novalife Convex 1- und
2-teilig – geschlossen
und als Ausstreifbeutel

Per, Ileostoma
seit 2009

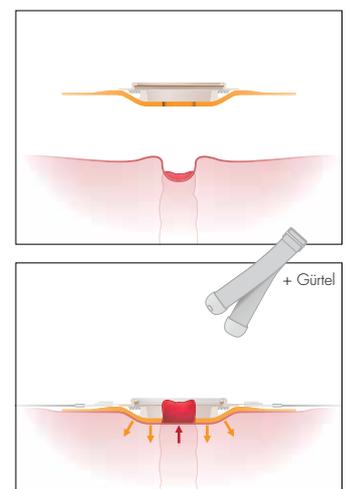
Dansac Novalife Convex

Manche Stomaarten sind mit einer planen Basisplatte nur schwierig zu versorgen und benötigen daher eine passende und sichere Versorgung mit einer konvexen Platte. Denn jeder Körper ist individuell und verfügt über unterschiedliche Konturen.

Die neuen Dansac Novalife Convex Basisplatten bieten den richtigen Druck genau an der Stelle wo er benötigt wird. Somit werden Undichtigkeiten reduziert und Hautirritationen wird vorgebeugt.

Verbesserte Anpassung und Haftung

- Verbesserte Abdichtung rund um das Stoma
- Hoher Tragekomfort und bewährte Hautfreundlichkeit



Reiten zur Kontinenzförderung

- Zielgruppe: Patientinnen mit Belastungsinkontinenz in der postnatalen Phase -



Sport zur Kontinenzförderung ist eine fest integrierte Methode, um gelerntes Training im Alltag aktiv umsetzen zu können. Mit dem Sport werden die einzelnen Übungen bewusst (aus) geübt, um im späteren Verlauf in vielen Lebenslagen unbewusst zum Einsatz zu kommen.

So wird ein anhaltender Therapie-Erfolg gesichert. Sport zur Kontinenztherapie war und ist mithilfe der Hauptkomponente Beckenbodengymnastik (BBG) der wichtigste Stützpfeiler auf dem Weg zur Verbesserung einer Belastungsinkontinenz. Interessant

erschien es zu Beginn einer Analyse, Frauen nach der Geburt als Zielgruppe in den Mittelpunkt zu stellen, denn eine hohe Zahl von Frauen hat nach der Entbindung das Problem des unwillkürlichen Harnverlustes bei Belastung. Die noch jungen Frauen sehen sich mit einem Problem konfrontiert, welches von der Gesellschaft als „Altersleiden“ beschrieben wird. Der absolute Mangel an angebotener Information und Beratung scheint im deutlichen Missverhältnis zum aktuellen Bedarf für die betroffenen Frauen zu stehen und trägt noch dazu bei, sie eher zu verwirren als zu beraten. Besonders in Bezug auf das Thema

Reiten gibt es häufig widersprüchliche Aussagen über den Nutzen und die Anwendung dieser Maßnahme sowie noch kaum fundiertes Fachwissen. Um die durchgeführte Praxis zu ergründen, wurde eine stichprobenartige Befragung in Reitställen unternommen, da zu dem Thema ein absoluter Mangel an Fachliteratur bestand. Als Trendanalyse werden nun der Umgang mit dieser Methode und die Sicht der reitenden Mütter dargestellt. Im Besonderen wird eingegangen auf die Ausübung des Reitens mit bewusstem Beckenboden. Der Schwerpunkt richtet sich bewusst auf die postnatale Phase, da nach abgeschlossener

Bild: © Jürgen Fächle - Fotolia.com

Wundheilung und stabilisierten Organen mit dem Training begonnen werden kann.

Information hat in der heutigen Zeit einen hohen Stellenwert. Sie ist überall zugänglich, zum Beispiel mittels Internet hat die Gesellschaft die Möglichkeit, sich alle gestellten Fragen selbst beantworten zu können; jedoch in Bezug auf das Reiten in der postnatalen Phase findet die Betroffene wenige und wenn, dann widersprüchliche Aussagen. Die Veränderungen nach einer Geburt sowie ihre weitreichenden Folgen sind hier entscheidend. So ist die Belastungsinkontinenz postnatal für viele ein Problem mit all seinen Einschränkungen. Oftmals wird nach einer Geburt aus Furcht und Unwissenheit sogar dauerhaft auf das Reiten verzichtet. Dies verdeutlicht, dass das Beraten zur Kontinenzförderung in Bezug auf das Reiten nicht nur speziell, sondern auch breit gestreut erforderlich ist.

Die im Vorfeld mit Rückbildungsgymnastik auftrainierte Muskulatur hilft nach der Geburt zwar der Beckenbodenkraft, doch verengt sie während der Geburt den Geburtskanal. So ist es verständlich, dass Reiterinnen pränatal einige Zeit nicht mehr aktiv reiten, um eine eventuelle Verletzung intranatal nicht zu begünstigen. Doch eine 2004 in Norwegen durchgeführte Studie widerlegt die These, dass ein kraftvoller Beckenboden bei Reiterinnen geburtsverzögernd wirke. Außerdem hatten die Wissenschaftler schon in einer früheren Studie als Randergebnis nachweisen können, dass regelmäßiges Beckenbodentraining eine postnatale Inkontinenz mithilfe der ebenfalls bekannten, als BBG unterstützenden Sportarten wie Wassergymnastik (Schwimmen), Nordic-Walking, Wirbelsäulengymnastik, Tanzen, Radfahren verhindert. (Vgl. BMJ 2004; 329:378-80). Die konkreten Maßnahmen des Reitens und die hier zu verwendeten Hilfsmittel, gesammelt aus Erfahrungswerten sowie der Stichproben-Analyse, werden nun veranschaulicht. Generell ist zu erwähnen, dass das Reiten zur „Bewusstmachung des Beckenbodens“ ein idealer Sport ist, denn Grundvoraussetzung für versammeltes, entspanntes Reiten ist ein bewusst gefühlter Beckenboden. Empfohlen ist ein Dressursitz im Sattelschwerpunkt bei lockeren Beckenmuskeln, um mit dem Pferd mit Sitzhöckern und Oberschenkeln aktiv mitzugehen. Das richtige Gefühl beschreibt die Bewegung der Reiterin

und ihres Beckenbodens durch die des Pferdes, dessen Bauchmuskulatur als Antagonist fungiert. Hier ist nun eine optimale Grundlage geschaffen, um mit den vorher in der BBG erlernten Übungen zu beginnen. Als grundsätzliche Regel muss den Reiterinnen nahegebracht werden, dass nicht alle Grundgangarten des Pferdes für eine aktive BBG geeignet sind. Optimal ist die Schrittarbeit, um den noch nicht vollständig zurückgebildeten Aufhängungsapparat von Blase, Uterus und Scheidengewölbe zu schonen. Höhere Gangarten sind aufgrund der Erschütterungen nur nach einem Rückbildungszeitraum möglich und erst nach frühestens 6 Wochen bis zu einem Jahr postnatal zu empfehlen. Schrittarbeit beinhaltet das Reiten in möglichst gebogenen Linien (Seitengänge und Volten), da diese in einer lockeren Haltung vermehrt Beckenmuskulatur erfordern. Interessant ist, dass nach dem Reiten mit bewusstem Beckenboden sich der Scheideneingang verändert, was auf die geleistete Muskularbeit zurückzuführen ist. Auch der weiche Gang der Reiterin nach dem Reiten zeigt, dass die Übungen richtig eingesetzt wurden, denn die Entspannungsphasen fallen den Reitenden sonst oft schwer. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Beckenbodentraining auch eine Schulung für einen lockeren Reitstil ist.

Unterstützende Trainingsgeräte zur verbesserten BBG auf dem Pferd und am Boden:

„Senso Venentrainer“

Sollten die betroffenen Reiterinnen nicht „locker lassen“ können, kann hier ein zweckentfremdetes Fußkissen eingesetzt werden, welches zurzeit noch als „Senso Venentrainer“ angeboten wird. Diese haben in der Reiterei einen optimalen Nutzen aufgrund von Größe und Form zu Schulungszwecken gezeigt. In Planung ist im Augenblick, ein solches Kissen auch für Reiter anzubieten. Der Effekt eines solchen Kissens ist, das Verkrampfen der Hüftmuskulatur durch aktives Aushebeln der Knie bei überspanntem Beckenboden anzuzeigen, indem der Reiter in eine „leichte Sitz-Position“ gedrückt wird (nach oben aus dem Sattel gehoben wird). Der Reiter lernt hier schnell einen lockeren Sitz.

Bewegungstühle:

Hier ist die Sitzfläche locker. Ziel ist es, eine liegende Acht nachzufahren, um die

dreidimensionale Rotation des Beckens zu erzielen.

Gummisteigbügel:

Der Steigbügel trägt das Gewicht federnd (zum Beispiel mithilfe eines Terra-bandes) und senkt somit die Sitzhöcker leicht ab.

Sitzbälle:

Sind in der ersten Zeit als Vorbereitung für die Arbeit auf dem Pferd geeignet, jedoch als zusätzliches Trainingsmittel oft vom Schwierigkeitsgrad her zu einfach für den schon starken Beckenboden.

Trainingsmethoden zur gymnastischen

Lockerung vor dem Reiten:

- Im Vierfüßler-Stand den Rücken auf- und abwölben.
- Im Sattel den Oberkörper in Biegung links und rechts drehen
- Bei der Stallarbeit aktiv BBG in den Arbeitsablauf integrieren (Ausmisten, Pferde putzen, Aufsatteln etc.)

Die psycho-/soziale Komponente des Reitens

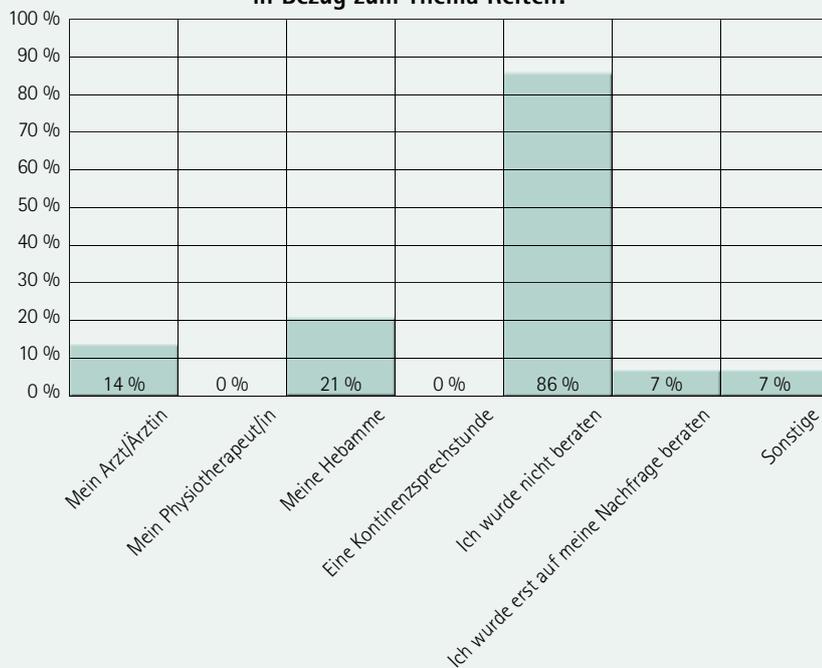
Die Patientinnen empfinden aufgrund der vorausgegangenen Geburt ein immenses Gefühlschaos, sodass eine auftretende Inkontinenz mit dem Gefühl der Scham zusätzlich belastet, welches wiederum die Gefahr mit sich bringt, in eine Resignations- und Frustspirale zu fallen. Die vorausgegangene Entbindung sollte nicht als eine Einschränkung in ihrem Alltag gesehen werden. Vielmehr strukturiert sie ihren Alltag nun ganz neu in der Gesellschaft sowie mit und um das neugeborene Leben.

Reiten, also die Wiederaufnahme des Hobbys/Sports, dient hier als Rückkehr in das soziale Gefüge und kann so Isolation postnatal entgegenwirken. Die im Vorfeld erlernte Verantwortungsbereitschaft für ein Tier hilft nun die Verantwortungslast, die auf viele Mütter zukommt, besser zu meistern. Auch die Gefahr der Wochenbettdepression ist hier nicht außer acht zu lassen; dass ein Pferd als Therapeut wirken kann, ist aufgrund von Erfahrungswerten schon weit bekannt. So schrieb z. B. schon Hippokrates über die beruhigende Wirkung des Reitens. Doch Studien, die einen solchen Effekt beweisen, lassen sich nur vereinzelt finden. Reiten bietet sich an zur Bekämpfung eines „Babyblues“, denn nicht in jeder Sportart ist es möglich, eine emotionale Bindung mit seinem „Sport-

3.) Erhielten Sie automatisch nach Entbindung das Angebot einer Rückbildungsgymnastik?



4.) Wer beriet/informierte Sie zu der Rückenbildungsgymnastik in Bezug zum Thema Reiten?



gerät" einzugehen. Das Pferd kann in dieser Beziehung dann mehr werden als nur Zeitvertreib. Bei ihm, so scheint es, lässt sich aller Kummer abladen oder schlicht vergessen.

Als Trendanalyse angesetzt, wurde nun versucht, mithilfe der stichprobenartigen Befragung der Zielgruppe einige interessante Kernfragen zu beantworten (Befragt wurde in Reitställen im Großraum Köln insgesamt 20 Mütter. Die Rücklaufquote betrug 14 Fragebögen. Die Fragebogenaktion lief über 14 Tage).

Werden die betroffenen Frauen ausreichend über Kontinenztherapie in Bezug auf Reiten informiert?

Dass dies nicht der Fall ist, wird in der Fragebogenaktion deutlich dargestellt. Mit Erschrecken festzustellen war (siehe Tab. 4.), dass die Mehrheit (86 %) gar nicht beraten wurde. Mit 21 % der Befragten steht als einzige die Hebamme respektabel da. Da die Befragten Reiterinnen sind, waren die Erwartungen bezüglich der Information über diesen Sport hoch. Es scheint an Individualität

und Patientenorientierung gänzlich zu mangeln.

Wird die Maßnahme Reiten aktiv als Therapie zur Beseitigung, Verringerung oder Kompensation von Harninkontinenz postnatal eingesetzt?

Da wie vorher erwähnt der Großteil keine oder nur minimale Information erhält, ist es hier angezeigt, wenn therapiert wird, dass dieses unbewusst geschieht. Die Betroffenen betreiben operantes Konditionieren, also unstrukturiertes Lernen durch Versuch und Irrtum. Alle weiteren Maßnahmen erschienen gänzlich unbekannt, nur Entspannungstechniken, Elektrostimulation und Biofeedback waren 1 bzw. 2 Befragten geläufig. Unter Sonstiges erscheint es bemerkenswert, dass 2 Befragte Reiten als Maßnahme aufführten. Aus der Befragung nach Beginn und Frequenz lässt sich sagen, dass so früh wie möglich wieder aktiv geritten wird, oder sehr spät. Die Frage zeigt, dass der optimale Zeitpunkt für viele unterschiedlich ist. Dies liegt an der individuellen Wundheilung, aber auch

an der Organisation ihres Alltags. So wurden nicht nur Reiterinnen mit eigenem Pferd befragt, sondern auch Frauen mit einer Beteiligung an einem Tier oder solche, die Reitunterricht nehmen, was zur Folge hat, enger oder lockerer an ein Tier gebunden zu sein. Diese Frage fehlt hier, um genauer differenzieren zu können. Zur Frequenz: Diese Frage erscheint durchaus hilfreich, um weiter ermitteln zu können, bei welcher Reittfrequenz eine Verbesserung der Kontinenzsituation eintritt. Da bei der Mehrheit eine Verbesserung eintrat und die Mehrheit 1-2x wöchentlich reitet (79%), lässt sich diese Frequenz als zielführend beschreiben. Interessant erscheint, dass es Betroffene gibt, die gar kein Problem nach der spontanen Geburt hatten; hier könnte als Begründung eine im Vorfeld auftrainierte Beckenbodenmuskulatur stehen. Nach Dammschnitten und Verletzungen des Genitaltrakts wurde hier nicht gefragt, um den Fokus auf das Thema Inkontinenz zu richten. Dass 43% der Befragten eine „volle Erreichung der Kontinenz“ angeben, spricht weiter dafür, Reiten als Therapie einzusetzen.

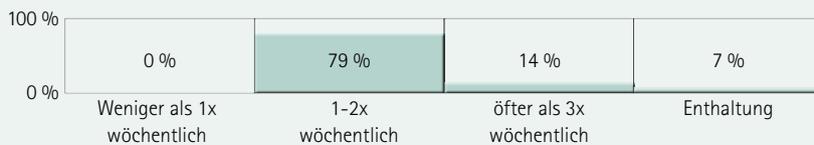
Erhalten die betroffenen Frauen die Möglichkeit einer gezielten Harninkontinenzberatung?

Diese These lässt sich zunächst mit einem klaren Nein beantworten. Wie in Diagramm 8 dargestellt, kannte keine auch nur den Begriff. In Abhängigkeit der Tatsache, dass jede anders mit ihrem Leidensdruck umgeht und sich vermutlich vermehrt Frauen in ihrer derzeitigen Situation resigniert sehen, ist ein eindeutiger Bedarf bei dieser Zielgruppe (34%) festzustellen, zumal der Leidensdruck noch klar vorhanden ist ((siehe Tab. 8.) 43% leicht bis volle Belastung). Dies kann zur Ursache haben, dass in heutiger Zeit und dem Abrechnungschaos kaum noch Zeit für Beratungsgespräche freigemacht werden können. So ist auch der ungenügende Informationsstand bezüglich Inkontinenzmaterial und weiteren Methoden zu erklären (siehe Tab. 7.). Um die Entwicklung mittels einer Beckenboden- und/oder Reittherapie darstellen zu können, wurden die Betroffenen nach dem Problem postnatal befragt (siehe Tab. 5.; 6.; 8.). Als zu messender Wert stellt sich hier die Zufriedenheit oder das Empfinden dar. Eine genaue Ermittlung des Kontinenzgrades erschien hier als zu hoher Schweregrad für die Betroffenen.

1.) Wann saßen Sie nach der Entbindung wieder auf dem Pferd?



2.) Wie oft reiten Sie?



Wird das psycho-/soziale Gefüge durch die Maßnahme Reiten stabilisiert?

Hierzu wurde keine gezielte Frage gestellt, da ein Fragebogen nicht als richtiges Medium für diese Thematik erschien. Doch weisen Erfahrungswerte aus der Praxis darauf hin, dass Reiten das Sozialgefüge durch Wiederaufnahme in Gemeinschaft und Partnerschaft zum Tier eindeutig Isolation abbaut. Die Tatsache, dass die Mehrheit (36%) „6 Wochen“, also den frühestmöglichen in der Literatur beschriebenen Wert gewählt hat, lässt darauf schließen, dass Sport sehr wichtig für die Betroffenen ist. Das Ergebnis zeigt auch, dass nach der Entbindung auf Reiten verzichtet wurde. Dies kann darauf hindeuten, dass aus Unwissenheit vor dem Thema Inkontinenz eine Art Isolation stattfindet, allerdings nur von einer Befragten. Es wurde jedoch die Aktion in Reitställen durchgeführt, sodass diese Betroffenen-gruppe fast völlig entfällt. In wieweit sich die Zielgruppe Gedanken zu dem Thema Kontinenzförderung durch Reiten macht, wurde als Frage mit freier Beantwortungsmöglichkeit als Abschluss gewählt. Frage 11.): „Welchen guten Ratschlag würden Sie jemandem in Ihrer Situation in Bezug auf das Thema Reiten und Kontinenz-Verbesserung geben? (z.B. Tricks, Reitweise, Handhabung ...)“. Hierbei zeigt sich, wie die Zielgruppe in Eigenverantwortung zur Erfragung und Darstellung sowie der generellen Auseinandersetzung mit ihrer Inkontinenzdiagnose gegenübersteht.

Hier die Ergebnisse:

- „Langsam anfangen und gerade zu Beginn nicht übertreiben“
- „Korrektes Reiten (also nicht nur draufsetzen und tragen lassen) ist Beckenbodentraining pur“
- „viel traben bes. „leicht traben“
- „wenn möglich mind. alle 2 Tage aufs Pferd“
- „Wäre sehr interessiert, was es gibt“

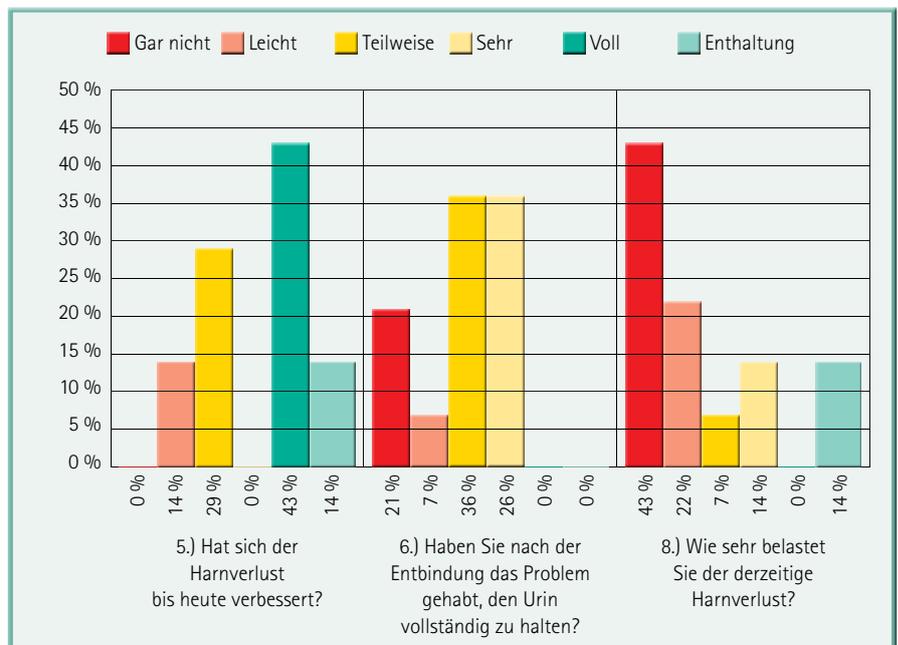
- „Aus meiner Sicht ist einfach ein korrekter Reitsitz notwendig“
- „viel reiten, immer schön wie im Lehrbuch mit Kreuz und Schenkeln“

Dieser kurze Einblick aus der Praxis verdeutlicht, dass das beschriebene Thema sehr speziell ist. Auch in allgemeinem Bezug auf Sport im Zusammenhang mit Inkontinenz herrscht noch ein großer zu erforschender Bedarf.

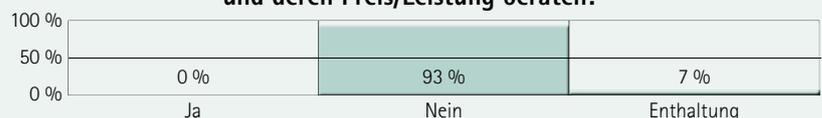
Das Kontinenzberatungsangebot erfahren die jeweiligen Betroffenen im besten Falle pränatal durch den behandelnden Arzt (Gynäkologen) oder durch die Hebamme. Auch die betreuende Pflegefachkraft ist in der Lage, beispielsweise mithilfe eines Beratungskonzeptes postnatal konkreter Wegweiser zu sein.

Dies beinhaltet zugängliche Therapiestrukturen zur Harnkontinenzförderung in der Pflege, angelehnt an die Präambel des Expertenstandards des DNQP.

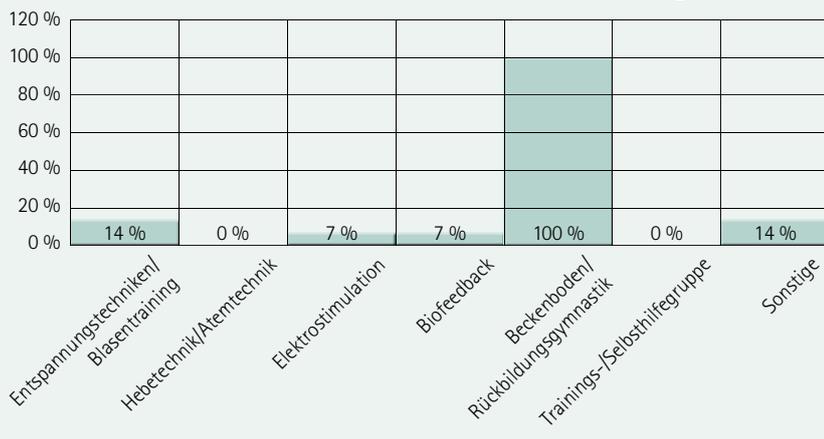
„In dem Begriff „Beratungskompetenz“ verbergen sich neben den fachlichen Voraussetzungen eine Vielzahl an sozialen Kompetenzen, die besonders für den Tabubereich Inkontinenz von großer Bedeutung sind. Hierzu zählen: Diskretion, Verschwiegenheit, Einfühlungsvermögen. Fachlich muss die Pflegekraft die unterschiedlichen Inkontinenzformen mit



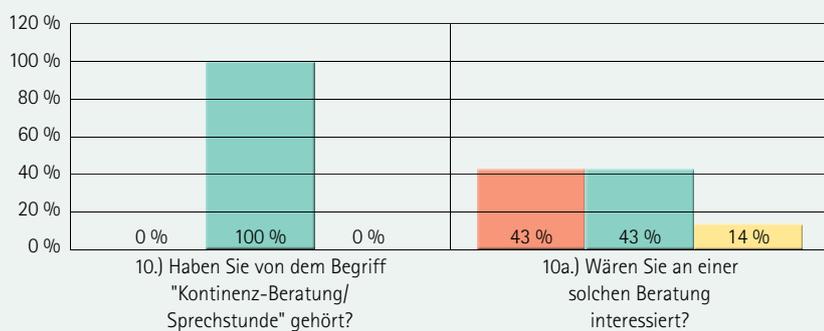
7.) Wurden Sie über die korrekte Inkontinenzmaterialien und deren Preis/Leistung beraten?



9.) Kennen Sie weitere Methoden zur Verbesserung?



■ Ja ■ Nein ■ Enthaltung



ihren verschiedenen Symptomen kennen und wissen, welche Maßnahmen in Frage kommen. Um erfolgreich beraten zu können, muss die Pflegefachkraft aber auch in der Lage sein, den Patienten und ggf. seine Angehörigen in einer verständlichen, zielgruppenorientierten Sprache zu informieren." (Expertenstandard zur Förderung der Harnkontinenz in der Pflege; DNQP; 2007; S. 37).

Um diese These des Standards sicherstellen zu können, bieten sich Informationsbroschüren und Anschauungsmaterial als zielführende Medien an, um den aufgezeigten Mangel an Information decken zu können. Je nach individueller Strategie der Versorgung werden in gemeinsamer Zielsetzung mit der Betroffenen andere Berufsgruppen involviert (z. B. Ärzte, Ernährungsberater, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter, Urotherapeuten). Die Inhalte des jeweiligen Informationsinstrumentes bedürfen einer fachkompetenten Nachbesprechung sowie einer tiefer gehenden Unterweisung. Aufgrund der theoretischen Bedeutung mangelnder Informationsstrukturen kann durch die neu entdeckte Möglichkeit die praktische Pflege ihren Stellenwert klar hervorheben und hier maßgeblicher Berater

sein, jedoch immer in Zusammenarbeit aller beteiligten Professionen. Die Sicherstellung einer langfristigen Umsetzung dieses Informationsinstrumentes wird durch das Interesse der anzusprechenden Zielgruppe gefördert, denn nur wer Interesse zeigt, kann die aufgeführten Inhalte auch verinnerlichen. Eindeutig wurde ein Informationsbedarf durch die Fragebogen-Aktion ermittelt. Die vermehrten Antwortmöglichkeiten der einzelnen Fragen ermöglichten Individualität, lassen sich aber auch vermehrt deuten. So soll diese Trendanalyse keiner empirischen Erhebung gleichkommen, sondern Einblick in einen weiteren, eindrucksvollen Bereich unserer pflegerischen Möglichkeiten bieten.

Literaturverzeichnis

4.1 Bücher

- Höfer S, Szász N 2006 Hebammen Gesundheitswissen Für Schwangerschaft, Geburt und die Zeit danach; Gräfe und Unzer Verlag, München
- Bölker, T; Weibelhuth, W; (2003) Durch dick und dünn, Das Buch für Stomapflege und Harnableitung; Menden; 2. Auflage; überarbeitete und erweiterte Neufassung

- Bölker, T (et. all.); (2006) Außer Kontrolle – Pflege bei Harn- und Stuhlinkontinenz; Leipzig; Tabea Noreiks-Edition Partikel Verlag; 1. Auflage
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; (2001) Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band6, Was erhält den Mensch gesund? – Antonovskys Modell der Salutogenese; Köln; Auflage 10.2.10.09
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2007); Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege; Osnabrück
- Hayder, D; Kuno, E; Müller, M; (2008) Kontinenz- Inkontinenz- Kontinenzförderung, Ein Praxishandbuch für Pflegenden; Bern; Hans-Huber Verlag; 1. Auflage
- Schön, G.; Seltenreich, M.; (2011) Inkontinenz – ein mutmachender Ratgeber für Betroffene, Angehörige und Pflegenden; Wien; Wilhelm Maudrich Verlag; 1. Auflage
- U. Otto, P. Grosemanns, W. Hoffmann, O. Dombo; (1998) Abteilung Urologie/ Onkologie; Klinik Quellental; Bad Wildungen

4.2 Zeitschriften

- Journal of Clinical Nursing; 16; 549-561; März2007
- British Medical Journal 2005, Vol. 330, S. 337
- Droste, W; (2009) Magsi Magazin-Stoma - Inkontinenz - Wunde; 08/2011; Nr.56; Selm; FgSKW Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde e.V.

4.3 Internetadressen

- http://www.uke.de/kliniken/frauenklinik/index_10593.php 20.10.2011 21 Uhr
- <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.38163.724306.3A> 12.11.2011 10 Uhr
- www.seni.de, 29.10.2011 um 17h



Katharine Hagedorn
katharine.hagedorn@yahoo.de

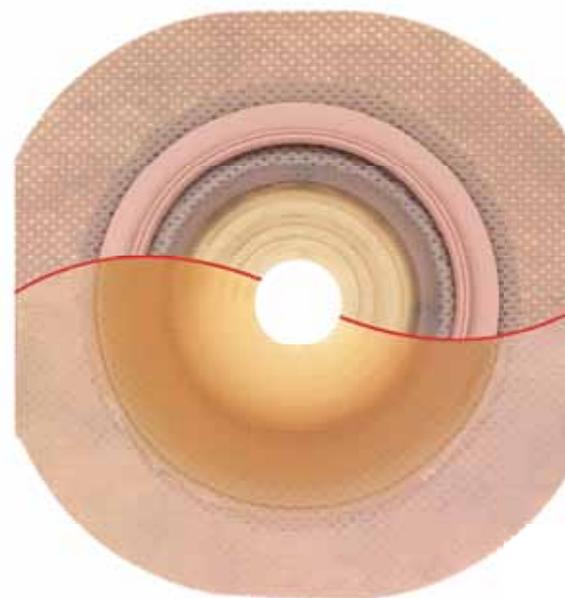
Bild: Katharine Hagedorn



Einfach in Form.

- **Flexibel und vielseitig:**
Einfach zu formen und immer wieder anpassbar.
- **Komfortabel und bequem:**
Kein Messen, Markieren oder Ausschneiden notwendig.
- **Zuverlässig und hautschonend:**
Mit neuer, einzigartiger Hautschutzformulierung.
- **Mit Sicherheit flexibel:**
Die Kombination mit Conform 2 Beuteln schafft ein leichtes und diskretes Profil.

Nähere Informationen erhalten Sie telefonisch unter 08 00/1 01 50 23 (gebührenfrei), auf unserer Website www.hollister.de oder per E-Mail: hollister.deutschland@hollister.com



Leitfaden zur Versorgung eines Ileum-Conduits mit liegenden Splinten

Die tägliche Pflege und Versorgung von Menschen mit einer Stomaanlage gehört zu den vielfältigen Aufgaben beruflich Pflegender in Akut- und Rehabilitationskliniken.

Einleitung

Hierbei gibt es jedoch Stomaanlagen mit speziellen Versorgungssituationen, die immer wieder eine Herausforderung für die Pflegenden darstellen. Zu diesen Herausforderungen zählt unter Anderem auch das Ileum-Conduit mit liegenden Harnleiterschienen (Splinten).



Die Schwierigkeit liegt insbesondere darin, einen Versorgungswechsel durchzuführen, wenn ununterbrochen Urin aus den intraoperativ eingelegten Splinten abgeht und natürlich auch aus dem Stoma selbst. Dies erfordert vom versorgenden Pflegepersonal hohe Konzentration, viel Geschicklichkeit und eine Menge Geduld. Dabei sollte grundsätzlich so aseptisch wie irgend möglich vorgegangen werden und die Versorgung im Ergebnis dann auch 2 Tage sicher und zuverlässig halten. So manche Pflegekraft war in dieser speziellen Pflegesituation schon der Verzweiflung nahe. Aufgrund der Tatsache, dass sich die Zahlen der Patienten mit einem Ileum-Conduit und liegenden Splinten in der Rehabilitationsklinik erhöhen, hat

die Autorin die Notwendigkeit gesehen, einen Leitfaden für die Versorgung dieser schwierigen Stomaanlage zu entwickeln. Mit diesem Leitfaden soll die Qualität der Urostomaversorgung für die Patienten gesichert und die Sicherheit des Pflegepersonals im Umgang von Patienten mit einem Ileum-Conduit und liegenden Splinten gestärkt werden. Nach Erstellung dieses Leitfadens in Absprache mit der Pflegedienstleitung der Klinik im DIN-A4-Format wurde dieser vervielfältigt, laminiert und allen betroffenen Stationen zur Verfügung gestellt.

Zum Hintergrund

Patienten, bei denen aufgrund einer Zystektomie ein Urostoma angelegt wird, verlieren die Kontinenz und die Möglichkeit den Urin aseptisch zu speichern. Stattdessen läuft der Urin ständig in einen auf der Hautoberfläche angebrachten Urostomiebeutel und muss intervallweise, je nach Füllstand, manuell entleert werden. Dabei ist eine ständige Verbindung zwischen Harntrakt und Hautoberfläche geschaffen, die das Eindringen von Keimen begünstigt und somit Infektionen hervorrufen kann.

Harnableitung mittels Ileum-Conduit

Das Ileum-Conduit ist eine operative Methode zur Harnableitung nach Entfernung der Harnblase. Es ist die Verbindung der Ureteren mit der Hautoberfläche durch das Zwischenschalten eines Dünndarmabschnittes. Da Urin über das Stoma abgeleitet wird, spricht man von einem Urostoma und ebenso von einer inkontinenten Harn-

ableitung, da der Urin permanent aus dem Stoma austritt und vom Patienten nicht willkürlich gesteuert werden kann. Das Ileum-Conduit wird auch Brickerblase genannt, nach seinem Erfinder Hr. Bricker, der im Jahre 1950 erstmalig diese Form der Harnableitung vorgestellt hat. Die Hauptindikation zur Anlage eines Ileum-Conduits ist die Entfernung der Harnblase aufgrund eines Blasenkarzinoms. Weitere Gründe sind zum Beispiel infiltrierende Tumore der Nachbarorgane (Darm, Gebärmutter), Funktionsverlust der Blase aufgrund einer neurologischen Erkrankung oder ein Trauma der Blase.

Die OP zur Anlage eines Urostomas heißt Urostomie. Dabei wird ein ca. 10 - 15 cm langes Stück Darm aus dem Verlauf des Dünndarms kurz vor dem Übergang zum Dickdarm zusammen mit dem damit verbundenen Mesenterium entfernt. Nur so kann eine suffiziente Blutversorgung gewährleistet bleiben. Am proximalen Ende wird es chirurgisch blind verschlossen und am distalen Ende an der Hautoberfläche mit Nähten fixiert. Dabei wird dieser Teil umgestülpt, sodass ein prominentes Stoma entsteht. Der übrige Dünndarm wird wieder sorgfältig vernäht. Nun werden beide Ureteren in das abgelöste Stück Darm implantiert.

Das Conduit fungiert nicht als Reservoir des Urins, sondern lediglich als Rinne zur Verbindung zwischen Harnleiter und Bauchdecke.

Das Abfließen des Urins wird unterstützt durch die physiologischen Kontraktionen der Ileummuskulatur.

Zum Schutz der Verbindungsstellen der Harnleiter mit dem Conduit (Anastomosen) werden Harnleiterschienen, die so genannten Splinte, eingelegt.

Die Splinte



Aufgrund der Implantation der Harnleiter in ein Stück Darm bei dieser Urostomie ist es notwendig, noch während der OP zwei Harnleiterschienen (Splinte) einzulegen. So werden die frischen Anastomosen vor dem ständig fließenden Urin geschützt. Außerdem kann über die Splinte die Ausscheidung der Nieren besser bilanziert werden, da es sich um zwei Hohlsonden aus Kunststoff handelt. Die Splinte liegen mit ihrem Ende entweder direkt im Nierenbecken als Pigtail-Katheter oder Doppel-J-Katheter oder aber sie enden im Harnleiter und sind nach außen etwa 10 - 20 cm über die Hautoberfläche ausgeleitet. Werden die Splinte nur in den Harnleiter eingelegt, ist dann eine Fixierung mit Nahtmaterial peristomal notwendig, um ein Herausrutschen der Splinte zu verhindern. Um erkennbar zu machen welcher Splint in welcher Niere platziert ist werden die Splinte gekennzeichnet. Dazu wird immer der Splint aus der **rechten Niere** am Ende **gerade abgeschnitten** und der Splint aus der **linken Niere** wird **schräg abgeschnitten**.



In der Regel werden die Schienen 10 - 14 Tage postoperativ entfernt. Die Entscheidung über die Entfernung obliegt dem behandelnden Urologen. Wenn sonographisch ersichtlich ist,

dass die Anastomosen noch nicht sicher sind, oder es zur Harnstauung gekommen ist, bleiben die Splinte auch länger als 14 Tage liegen.

Der große Nachteil der liegenden Splinte ist die Gefahr einer aufsteigenden Harnwegsinfektion. Je länger die Splinte liegen, desto höher ist das Risiko einer Infektion. Aufgrund der direkten Lage der Schienen in den Harnleitern oder Nieren und die direkte Verbindung über die Hautoberfläche ist eine Eintrittspforte für Keime geschaffen.

Daher ist der aseptische Umgang mit Splinten dringend notwendig.

Pflege der Urostomie

Die Besonderheit der Versorgungsschwierigkeiten bei Urostomata stellt der ständig fließende Urin dar.

Um eine gut haftenden Versorgung der Urostomie zu gewährleisten, sollte die stomaumgebende Haut (peristomale Haut) bei Anbringen der Hautschutzplatte trocken sein. Ein zügiges Arbeiten beim Versorgungswechsel ist daher wichtig.

Es ist angebracht den Versorgungswechsel möglichst schon früh nach dem Aufstehen durchzuführen, da durch die reduzierte nächtliche Trinkmenge früh weniger Urin abgeht.

Aufgrund der physiologischen Eigenschaft des Darms Schleim zu produzieren werden immer wieder Schleimbeimengungen zu beobachten sein. Diese reduzieren sich aber im Laufe der Zeit. Der Schleim sollte beim Versorgungswechsel sorgfältig entfernt werden.

Zur Reinigung des Stomas und der peristomalen Haut verwendet man unsterile Kompressen, die mit Leitungswasser angefeuchtet werden. Es wird von innen nach außen in kreisrunden Bewegungen gewischt, so lange bis alle Schleimreste entfernt sind. Besondere Vorsicht während aller Verrichtungen am Stoma gilt den liegenden Splinten.

Anschließend wird mit einer trockenen Kompresse die Haut abgetupft und eine weitere trockene Kompresse auf das Stoma gelegt um kleine Mengen austretenden Urins aufzufangen.

Beobachtung des Stomas

Nach der Reinigung der peristomalen Haut ist es wichtig, die Splinte, den Urin und die Haut zu visitieren. Dabei können

eventuelle Komplikationen, zum Beispiel eine beginnende Hautirritation, festgestellt und individuell ursachenbezogen behandelt werden. Besonders wichtig ist die Beobachtung der Splinte auf richtige Lokalisation, stabile Fixierung und freie Durchgängigkeit. Es ist immer auch hilfreich, den Patienten zu fragen, ob Beschwerden im Bereich des Stomas vorliegen, denn Schmerzen können auf einen vorliegenden Harnwegsinfekt hindeuten, ebenso wie ein unangenehmer Geruch des Urins. Sollte festgestellt werden, dass sich eine Schiene in der Lage verändert hat, zum Beispiel 10 cm länger ist als beim letzten Versorgungswechsel, sollte umgehend der behandelnde Urologe kontaktiert werden.

Dieser wird sonographisch die regelrechte Lage der Splinte überprüfen und gegebenenfalls korrigieren, oder die Splinte entfernen. Bei Harnleiterschienen, die mit Fäden an der peristomalen Haut fixiert sind, sollten bei jedem Versorgungswechsel die Nahtstellen kontrolliert werden. Durch die ständige Feuchtigkeit, aufgrund des ununterbrochen austretenden Urins, wird das Nahtmaterial schnell porös und kann sich aus der Hautoberfläche lösen.

Wenn so etwas beobachtet wird, sollte auch hier der Urologe die Lage der Splinte überprüfen und gegebenenfalls neu fixieren. Beim Entfernen der alten Versorgung sind die Splinte immer gut festzuhalten, sodass diese nicht versehentlich disloziert werden.

Auswahl der Versorgung

Heutzutage besitzt jeder Urostomiebeutel zur Versorgung eines Ileum-Conduits eine eingebaute Rücklaufsperr. Das ist eine extra Folie, die punktuell im Beutel verschweißt ist, sodass der Urin nur hinein aber nicht mehr zurück fließen kann.



Diese Rücklaufsperrung verhindert den Reflux des Urins in den Harntrakt und somit das Aufsteigen von Keimen. Die Splinte bei der Urostomieversorgung sollen auf gar keinen Fall durch die Rücklaufsperrung hindurch in den Beutel geschoben werden!

Diese Beutelversorgungen für Urostomien gibt es als einteiliges oder zweiteiliges System. Bei dem einteiligen System ist die Basisplatte mit dem Beutel verbunden, sodass beim Versorgungswechsel das komplette System entfernt wird. Bei dem zweiteiligen System sind Basisplatte und Beutel extra und werden erst mit einem Schließmechanismus verbunden. Die Basisplatte muss nur alle 2-3 Tage gewechselt werden, da sie aus einem besonderen Hautschutzmaterial besteht, welches den Urin abweist und nicht so schnell aufweicht. Der Beutel sollte allerdings aufgrund der Vermehrung der Keime täglich gewechselt werden, genau wie die einteiligen Versorgungsprodukte.

Da das Fassungsvermögen von Urostomiebeuteln nur circa 300 ml beträgt, gibt es Beinbeutel, die wesentlich mehr Urinmengen fassen können.

Diese können am Ober- oder Unterschenkel des Patienten befestigt werden, um ein größeres Volumen zum Auffangen des Urins zu erreichen.

Ein längerer Schlauch verbindet beide Urinbeutel miteinander. Lediglich ein Adapter am Urostomiebeutel ist zur Verbindung der beiden Beutel nötig. Für die ungestörte Nachtruhe empfiehlt sich die Verwendung eines so genannten Nachtbeutels, welcher nachts am Bett des Patienten angebracht werden kann. Dieser fasst mindestens zusätzliche 2000 ml und muss somit nachts nicht entleert werden.

Pflege der Splinte

Die Qualität der Pflege der Splinte wird vom Pflegepersonal als auch vom Patienten beeinflusst.

Unter anderem kann der Patient dazu beitragen das Risiko einer Infektion gering zu halten, indem er ausreichend Flüssigkeit zu sich nimmt, damit der Urin ständig abfließen kann und Keime nicht so schnell aufsteigen können. Empfohlen wird hierbei auch Preiselbeersaft zu trinken, da diesem eine aseptische Wirkung im Harntrakt zugeschrieben wird. Das Pflegepersonal und auch der Patient selbst sollten darüber aufgeklärt sein,

wie wichtig das saubere Arbeiten beim Versorgungswechsel ist.

Die Splinte werden mit einer feuchten Kompresse gereinigt, von der Austrittsstelle des Urins zum Stoma hin.

Da aufgrund der Physiologie des Darms ständig Schleim abgeht, sollte auch dieser sorgfältig von den Splinten und den Nähten entfernt werden.

Die Benutzung von sterilen Handschuhen ist nicht zwingend indiziert, allerdings sollte vor dem Versorgungswechsel eine hygienische Händedesinfektion durchgeführt und unsterile Handschuhe vom Pflegepersonal benutzt werden.

Dokumentation

Im Verlauf des Rehabilitationsaufenthalts wird auf einem Verlaufsbogen die Frequenz der Versorgungswechsel, gegebenenfalls Veränderung am Stoma oder der peristomalen Haut und den Status der Selbstversorgung, dokumentiert. Somit ist jederzeit für jede Pflegekraft und auch für den Patienten selbst ersichtlich, wann und wie der nächste Versorgungswechsel erfolgen muss und welche Besonderheiten eventuell zu beachten sind.

Im Rahmen des Entlassungsmanagements wird ein Überleitungsbogen an den Nachversorger erstellt, auf welchem

insbesondere die Art der Versorgung, der Status der Selbstversorgung des Patienten und eventuelle Komplikationen vermerkt sind.

Gefahren für die Gesundheit des Patienten mit Ileum-Conduit

Eine häufig auftretende Komplikation ist die aufsteigende Harnwegsinfektion aufgrund der liegenden Splinte. Eine weitere Gefahr besteht darin, wenn sich Urin bis in die Nieren staut.

Aufgrund von Stomakomplikationen kann es dazu führen, dass der Urin nicht richtig abfließen kann und sich eine Stauung bis in die Nieren bildet.

Dadurch ist die Nierenfunktion stark beeinträchtigt und es kann bis zu einem gefährlichen Nierenversagen führen. Daher ist es wichtig, dass der Urin immer regelrecht abfließen kann.

Neben den typischen Komplikationen, die auch bei Darmstomata auftreten können, sind bei einem Ileum-Conduit insbesondere jene gehäuft, die durch den austretenden Urin verursacht werden.

Die Komplikationsrate nimmt dabei linear mit der Zeit zu. Es werden im Folgenden nur Komplikationen genannt, die insbesondere auf die Urostomie und die Splinte zurück zu führen sind.



Stomablockade

Die Dünndarmschleimhaut produziert kontinuierlich Schleim, welcher durch das Stoma abgegeben wird. Das kann unter Umständen dazu führen, dass die Darmöffnung verlegt wird und es zu einer Harnstauung kommt. Symptome dafür können eine reduzierte Harnmenge, Schmerzen in der Nierengegend und Fieber sein. Mit einem weichen Einmalkatheter und etwas Kochsalzlösung kann die Stomaöffnung vorsichtig ausgespült werden. Es sollte allerdings immer zuvor ein Arzt kontaktiert werden.

Harnkristallbildung

Wenn der pH-Wert des Urins dauerhaft zu hoch und die Flüssigkeitszufuhr zu gering ist, kann es bei vorliegendem Harnwegsinfekt zum Auskristallisieren des Urins führen. Zu erkennen sind weißliche Kristalle im peristomalen Bereich, die bei Berührung schmerzhaft sind und Schleimhautblutungen zur Folge haben können. Eine starke Ansammlung solcher Harnkristalle kann zu einer Blockade und somit zu einer gefährlichen Harnstauung führen. Als Therapie kommt das Umspülen der Harnkristalle mit fünfprozentiger Essiglösung in Frage. Dadurch werden die Harnkristalle angesäuert und die Harnkristalle werden letztlich gelöst. Zusätzlich sollte die Trinkmenge gesteigert und ansäuernde Lebensmittel, wie zum Beispiel Preiselbeersaft, konsumiert werden.

Harnleiterstenose

Im Mündungsbereich der Harnleiter in den Dünndarmabschnitt kann sich eine Stenose entwickeln. Diese führt unweigerlich zu einer Stauung in den Nieren. Bei Diagnosestellung muss der betroffene Harnleiter umgehend neu eingepflanzt werden. Eine Stenose kann pflegerisch nicht beeinflusst werden, regelmäßige Kontrollen durch den behandelnden Urologen zur Erkennung dieser Komplikation sind daher von großer Bedeutung.

Berührungängste des Pflegepersonals gegenüber dem Ileum-Conduit mit liegenden Splinten

Wie in der Einleitung beschrieben, ist zu beobachten, dass beruflich Pflegenden oftmals Schwierigkeiten bei der Versorgung des Ileum-Conduit haben und

daher Berührungängste gegenüber Betroffenen mit dieser Stomaart und liegenden Splinten entstehen. Darum ist es besonders wichtig Mitarbeiter im Umgang mit solchen Stomata zu schulen und weiterzubilden, damit deren Berührungängste abgebaut werden und die Qualität der Versorgung von Stomapatienten in der Klinik gesichert werden kann.

Um die Gründe für die Hemmungen der Pflegekräfte in der Versorgung von Urostomien mit liegenden Splinten dafür zu erfahren und herauszufinden, wie das Selbstvertrauen des Pflegepersonals beim Versorgungswechsel gestärkt werden kann, wurde vor der Erstellung des Leitfadens eine Umfrage unter den Pflegenden in der Klinik durchgeführt, in der die Autorin beschäftigt ist. Hierbei wurden sechs examinierte Krankenschwestern, zwei Krankenpflegehelferinnen und eine Altenpflegerin einer Onkologischen Abteilung befragt. Die Pflegenden sind zwischen 21 und 60 Jahren alt, nur vereinzelt haben sie bisher an einer Fortbildung zum Thema Stomaversorgung teilgenommen.

Folgende Fragen wurden in der Umfrage an die Pflegenden gestellt:

1. Führst du monatlich mindestens einmal einen Versorgungswechsel an einem Stomapatienten durch?
2. Fühlst du dich sicher im Umgang mit Urostomata?
3. Hast du Berührungängste gegenüber Patienten mit Urostomata und noch liegenden Splinten (Harnleiterschienen)?
4. Würde es dir mehr Sicherheit geben, wenn du durch Weiterbildungen mehr über das Thema erfahren würdest?
5. Würde dir ein Leitfaden für die Versorgung des Ileum-Conduit mit noch liegenden Splinten helfen?

Alle Befragten gaben an, wenigstens einmal monatlich einen Versorgungswechsel an einem Patienten mit Stoma durchzuführen. Demzufolge lässt sich feststellen, dass die Versorgung von Stomapatienten in dieser Abteilung zum regelmäßigen Stationsablauf und damit zum Aufgabenbereich der Pflegekräfte gehört. Zwar fühlen sich 8 der 9 Pflegekräfte im Umgang mit Patienten mit Urostomata sicher, jedoch haben 7 Mitarbeiter Berührungängste gegenüber Patienten mit Urostomata und liegenden Splinten. Das lässt darauf schließen, dass insbe-

sondere durch den Umstand, dass die Harnleiterschienen noch nicht entfernt wurden, die Versorgung dem Pflegepersonal Unsicherheiten bereiten und sich daraus Berührungängste gegenüber Menschen mit Urostomata und liegenden Splinten entwickeln.

Weiterbildungen zu diesem Thema würden 7 von 9 Befragten mehr Sicherheit geben. Ein Leitfaden zur Versorgung des Ileum-Conduit mit liegenden Splinten würde nach Auskunft der Befragten allen Pflegenden helfen.

Als Fazit kann man festhalten, dass fast alle Mitarbeiter der Station dieser Klinik ihre Sicherheit bezüglich der Versorgung vom Ileum-Conduit mit liegenden Splinten verbessern könnten, indem sie durch Weiterbildungen mehr über das Thema erfahren würden. Außerdem würde allen Pflegekräften ein Leitfaden bei der Versorgung dieser komplizierten Stomaart helfen, sodass der Bedarf zur Einführung eines Leitfadens aufgrund dieser Umfrage eindeutig nachgewiesen ist.

Der Leitfaden

Es wurde als Ergebnis der Umfrage ein Leitfaden entwickelt, der den detaillierten Ablauf der Versorgung vom Ileum-Conduit mit liegenden Splinten beschreibt und wichtige Hinweise im Umgang mit dieser Stomaart vermittelt.

Die Entwicklung des Leitfadens ist angeknüpft an die allgemeinen Richtlinien zur Versorgung von Urostomien und beinhaltet den Ablauf des Versorgungswechsels mit allgemeinen Hinweisen für die Pflegekräfte.

Der Ablauf des Versorgungswechsels ist dabei mit den Punkten 1 bis 8 nummeriert, wichtige Aspekte sind besonders hervorgehoben. Für die übersichtlichere Darstellung wurde der Leitfaden in Stichpunkten verfasst, ein Bild eingefügt und auf die Größe DIN-A4 gebracht. So ist es den Pflegekräften auch in Situationen, in denen nur wenig Zeit zur Verfügung steht möglich, sich einen schnellen Überblick über den Leitfaden zu verschaffen.

Der Leitfaden ist auf jeder Station der Klinik einzusehen. Er ist zusätzlich jeder Pflegekraft zugänglich, im Schrank zur Aufbewahrung von Stomamaterialien angebracht. Er wurde laminiert und kann somit auch mit in das Patientenzimmer genommen und anschließend wieder desinfiziert werden.

Durch die Verwendung des Leitfadens ist eine gesicherte Qualität der Versorgung von Patienten mit Urostomien garantiert.

1. Anleitung, Beratung, Schulung des Patienten in der Rehabilitationseinrichtung

Idealerweise erfolgt die erste Beratung schon im Krankenhaus. Dabei werden dem Patienten die für ihn möglichen Produkte vorgestellt, über deren Anwendung beraten und die Versorgungsmöglichkeiten erklärt. Außerdem können schon erste Fragen, die aufkommen, gestellt werden. Wenn der Patient mobilisiert wird, sollte gleichzeitig auch die erste Anleitung zum Versorgungswechsel erfolgen. Manche Patienten erlernen schon im Krankenhaus den Wechsel der Stomaversorgung und sind selbständig wenn die Entlassung in die Häuslichkeit erfolgt.

Allerdings ist die Zeit aufgrund der kurzen Liegedauer oftmals nicht ausreichend, um eine Selbständigkeit im Umgang mit dem Stoma herzustellen. Wenn Faktoren wie Multimorbidität und ein hohes Alter hinzukommen, werden Patienten mit einer frisch operierten Stomaanlage, mitunter völlig unselbständig in der Versorgung dieser, aus dem Krankenhaus entlassen. Patienten mit der Anlage eines Ileum-Conduits, bei denen die Harnleiterschleifen nicht entfernt wurden, haben nur sehr selten schon im Krankenhaus die Chance, eine Selbständigkeit zu erreichen, da die Versorgung viel Übung und ein gewisses Geschick verlangt. Umso wichtiger ist die Nachversorgung in einer Einrichtung zur Anschlussheilbehandlung (AHB), um eine adäquate Versorgung der Betroffenen zu gewährleisten und den Drehtüreffekt zu vermeiden. Abgerundet finden in regelmäßigen Abständen Termine zur Anleitung des Patienten im Versorgungswechsel statt, bei denen die selbständige Versorgung erlernt wird. Hierbei sollten gegebenenfalls auch die Angehörigen teilnehmen, um dem Patienten so Rückhalt zu geben und beim Versorgungswechsel Hilfestellung leisten zu können.

2. Fazit

Um eine qualitätsgerechte Versorgung am Patienten mit einem Ileum-Conduit zu erreichen ist es wichtig, dass sich das Pflegepersonal im Umgang mit dieser Stomaart sicher fühlt. Auch die

anspruchsvolle Versorgung bei liegenden Splinten sollte jede Pflegekraft beherrschen, um dem Patienten ein Gefühl von Vertrauen zu geben und gleichzeitig eine fachgerechte Pflegemaßnahme durchführen zu können.

Mit dem Wissen über das Ileum-Conduit, der richtigen Handhabung der liegenden Splinte und die Tücken bei der Versorgung kann die Selbstsicherheit des Einzelnen verbessert und Komplikationen vermieden werden.

3. Literaturverzeichnis/Bilderverzeichnis

- (1) Droste; Gruber: *Sektorenübergreifender Leitfaden Stomatherapie*, Hollister Incorporated und Dansac GmbH, Rosenheim, 2010
- (2) Esch: *Stomatherapie*, Stuttgart: Kohlhammer, 2005
- (3) Hautmann: *Urologie*, 4. Auflage, Heidelberg: Springer, 2010
- (4) Menden; Boelker; Weibelhuth: *Durch dick und dünn*, 2. Auflage: Druckhaus Schmücker, 2003

- (5) *Rübben: Uroonkologie*, 5. Auflage, Heidelberg: Springer, 2009
- (6) *Stoll-Salzer; Wiesinger: Stomatherapie*, Stuttgart: Thieme, 2005
- (7) *Von zur Mühlen; Keller: Pflege konkret – Chirurgie, Urologie, Orthopädie*, 5. Auflage, München: Elsevier, 2010
- (8) *Weibelhuth, W.: Uro care*, Göttingen: Eigenverlag, 2003



Jana Richter
Gesundheits- und Krankenpflegerin
Pflegeexpertin Stoma-Kontinenz-Wunde
Dresden/Kreischa



Akademie für Gesundheitsberufe

Partner der Mathias Hochschule Rheine

Unser Bildungsangebot für Sie:

- Diabetesberater DDG
- Diabetesassistent DDG
- Wundmanagement
- Techn. Sterilisationsassistent
- Case Management
- Krankenhaushygiene und Infektionsprävention
- u. v. m.

Wir bieten interessierten **Pflegekräften** berufsbegleitende Weiterbildungen zur / zum

- **Pflegeexpertin / Pflegeexperten Stoma-Inkontinenz-Wunde**
- **Hygienefachkraft (nach WeiHygPfl NRW)**
- **Wundassistentin / Wundassistenten DDG**

Die Akademie für Gesundheitsberufe bietet Ihnen ein breites Spektrum beruflicher Aus-, Fort- und Weiterbildungen, insbesondere im Bereich Wundmanagement.

Weitere Informationen erhalten Sie auf unserer Homepage www.akademie.mathias-stiftung.com oder telefonisch unter 05971 42-1101 (Rita Ricklin).

Akademie für Gesundheitsberufe
Mathias Hochschule Rheine
Frankenburgstraße 31
48431 Rheine



University of Applied Sciences



Softima® Active

Einfach für's Leben

NEU Jetzt kostenlos testen!
Für Kolostomie und Ileostomie
Hotline: (0 56 61) 71-33 99
www.stomacare.bbraun.de



Wenn Sie voll in Ihrem Element sind, benötigen Sie eine Stoma-versorgung, die alles mitmacht. Auf Softima® Active können Sie sich verlassen. Der neue Stomabeutel mit ultra-flexiblem Hautschutz haftet sofort, sitzt wie eine zweite Haut und folgt jeder Bewegung. Und das bei bester Wasserresistenz und minimalem Allergierisiko.

Softima® Active ... Einfach für's Leben!

B. Braun Melsungen AG | OPM | 34209 Melsungen | Deutschland
Tel (0 56 61) 71-33 99 | Fax (0 56 61) 71-35 50 | www.bbraun.de

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE



Einfach den QR-Code mit der Kamera Ihres Smartphones und einer geeigneten Reader-Applikation einscannen >>> und den Softima® Active Film direkt auf Ihrem Handy ansehen.

Mit 1 cm pro Stunde unterwegs in Richtung Urether

Das Ziel der hygienischen Maßnahmen bei der Urostomaversorgung ist klar definiert: Ein Aufsteigen von Bakterien im künstlichen Abfluss, dem Splint, muss verhindert werden.

Hierzu gibt es mehrere Handlungsempfehlungen und bei den medizinischen Hilfsmitteln eine Rücklaufsperrung, die verhindert soll, dass der im Beutel gesammelte Urin in Kontakt mit dem harnableitenden System kommt.

Versuchsansätze wurden bei 36°C für 48 Stunden und 72 Stunden bebrütet.

Nach 24, 48 und 72 Stunden wurden die Splinte in ganzer Länge in je 5 cm lange Abschnitte mit einer sterilen Klinge geschnitten. Die Abschnitte wurden zur

Keimrückgewinnung mit 0,9%iger NaCl-Lösung gespült und die Lebendkeimzahl auf CSL-Agar bestimmt. Die Versuchsansätze wurden mit je 3 Parallelen durchgeführt.

Nach 24 Stunden wurden die Bakterien bis in einer Höhe von 45cm, nach 48 h bis in einer Höhe von 55 cm und nach 72 h bis in einer Höhe von 40 cm gefunden (siehe Tabelle). In diesem Versuch wurde der natürliche kontinuierliche Harnfluss beim Urostoma nicht nachgestellt, der natürlich einen Einfluß auf die Wanderungsgeschwindigkeit haben kann.

Die Wirklichkeit in der Praxis sieht jedoch etwas anders aus.

Nach einer nicht repräsentativen Befragung von Stomafachkräften kann davon ausgegangen werden, dass in nicht unerheblicher Zahl der Splint durch die Rücklaufsperrung geschoben wird und damit in direkten Kontakt mit dem Urin treten kann. Dies führt zwangsläufig zur Frage:

Gibt es Hinweise, dass dieses Vorgehen ein mikrobiologisches Risiko des Stomaträgers darstellt?

Die durchgeführten Laboruntersuchungen mit dem nachfolgenden Design zu dieser Fragestellung deuten darauf hin, dass ein solches Risiko besteht.

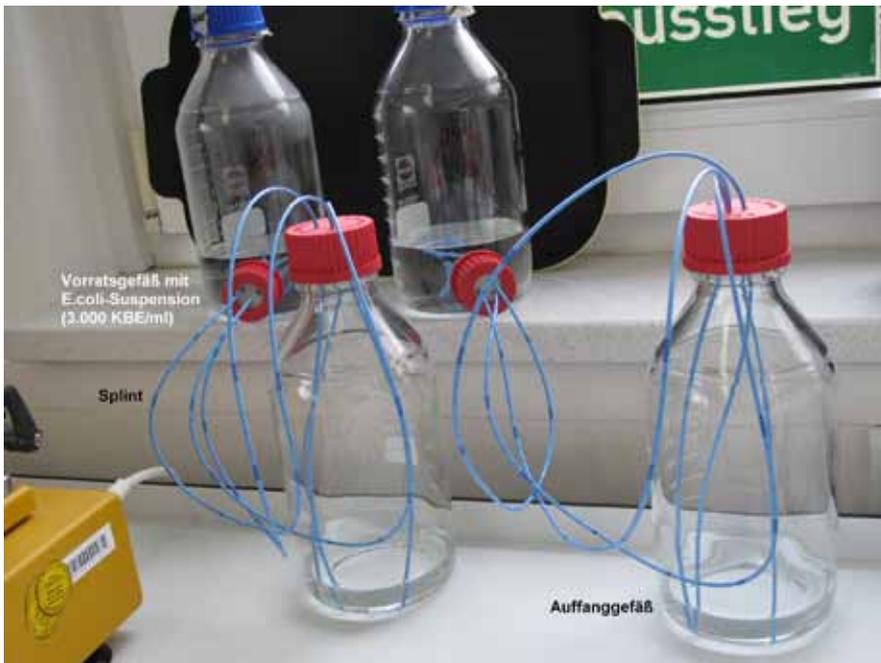
Ein Vorratsgefäß wurde über die bei der Urostomaversorgung üblichen Katheter (Splints, Länge 90 cm), die vorher einmalig mit künstlichem Harn gespült wurden, mit einem zweiten Vorratsgefäß verbunden in dem eine Bakteriensuspension von *Escherichia coli* in künstlichem Harn vorgelegt wurde (siehe Abbildung).

Die beiden Vorratsgefäße wurden in einem Brutschrank bei 36°C für 24 Stunden bebrütet. Zwei weitere identische

Wachstum in Parallelen nach Stunden [KBE/ml]										
Lfd. Nr.	Katheterabschnitt [cm]	24			48			72		
		1	2	3	1	2	3	1	2	3
1	5	140	63	58	R	R	R	R	R	R
2	10	1	2	0	R	R	24	R	R	R
3	15	0	0	0	3	6	3	R	58	2
4	20	1	0	204	0	0	0	R	R	1
5	25	0	0	0	0	0	24	6	0	0
6	30	0	0	230	3	56	24	0	0	0
7	35	0	0	0	1	6	1	3	4	2
8	40	2	0	0	3	2	0	18	3	1
9	45	0	13	1	1	0	1	0	0	0
10	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	55	0	0	0	1	0	6	0	0	0
12	60	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	65	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14	70	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15	75	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16	80	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Die Versuchsergebnisse. Nach 24h, 48h und 72h wurden die Splinte in ganzer Länge in je 5 cm lange Abschnitte mit einer Rasierklinge geschnitten und die Abschnitte auf CSL-Agar bebrütet und ausgewertet. Der Versuch wurde je dreimal durchgeführt. Angegeben sind jeweils die Anzahl der gefundenen KBE/ml. R=Rasenwachstum

Bild: Coloplast



Der Versuchsaufbau. Ein Vorratsgefäß wurde über die bei der Urostomaversorgung üblichen Katheter (Splints, Länge 90 cm), die vorher einmalig mit künstlichem Harn gespült wurden, mit einem zweiten Vorratsgefäß verbunden in dem eine Bakteriensuspension von *E.coli* in künstlichem Harn vorgelegt wurde. Die beiden Vorratsgefäße wurden in einem Brutschrank bei 36 °C, 24 bis 48 Stunden bebrütet.

Was bedeutet dies für die Praxis?

Bakterien können im günstigsten Fall innerhalb von 48 Stunden im Lumen des Splints bis zu 55 cm wandern. Bei einer Liegedauer von bis zu 14 Tagen kann erwartet werden, dass die Bakterien über den Splint in den Urether und ggfs. in die Niere gelangen können. Ein Durchschieben der Splinte durch die Rücklaufsperrung ist daher ein hygienisches Risiko und sollte vermieden werden.

Auch wenn dies erst vorläufige Untersuchungsergebnisse sind, sind wir überzeugt, dass weitere, geplante Untersuchungen diese Ergebnisse bestätigen werden.

Dr. Horst Braunwarth

Braunwarth H¹, Brill FHH²

¹Coloplast GmbH, Hamburg

²Dr. Brill+ Partner GmbH Institut für Hygiene und Mikrobiologie, Hamburg

Join our search for Nursing Solutions in Difficult Cases

If you are among those who encounter atypical cases in daily practice and have found your own solutions, we would like to invite you to take a few photos and write a standard protocol. You can download a form with a list of standard questions. The form should include a description of the problem, the nursing intervention provided, the material you have chosen to help the patient and the final results. **Please note:** Difficult Cases that have not been (completely) solved may also be submitted!

Share your expertise

Together with the EAUN you will share and pass on this knowledge to other nurses. The cases will be evaluated by an international expert jury. The 10 most interesting cases are presented by the authors and discussed with the audience in a special session at the 14th International EAUN Meeting in Milan. The EAUN will place the material on their website as a unique opportunity to learn from each other. All submissions that meet the criteria will be published on the EAUN website and in *European Urology Today*.

Some of the Submission Criteria and Rules

- The authors and presenter of this Difficult Case must be registered nurses
- The topic selected must be of relevance to urology nursing interventions in Difficult Cases
- The case is illustrated with photos of the problem and the solution (if any), preferably 2-5 photos
- The solution described in this Difficult Case is your own solution and a nursing intervention
- The case is presented in a completed submission form accompanied by a written patient consent
- When invited to present the Difficult Case in Milan you will present the case using the EAUN Difficult Cases slides

All criteria can be found at the Milan website:
www.eaun2013.org/14th-eaun-meeting

How to apply

- Please check the special page on Difficult Case submission at the congress website for full details.
- For more information you can contact the EAUN Office at eaun@uroweb.org

Submission deadline: 1 December 2012

Join our search for the best nursing solutions! We are looking forward to your contributions!

eaun
European
Association
of Urology
Nurses

Call for Cases

Nursing Solutions in Difficult Cases

The 10 best cases will be granted a free registration for the 14th International EAUN Meeting in Milan, 16-18 March 2013



Entstehung und Weiterentwicklung der Stomatherapie am Darmzentrum Südwestfalen

Abstract:

Durch die Zertifizierungsanforderungen für Darmkrebszentren der deutschen Krebsgesellschaft, rückt auch die Stomatherapie stärker ins Blickfeld. Daher hat die Katholische Hospitalgesellschaft Südwestfalen gGmbH durch die Arbeit der Projektgruppe Stomaversorgung die Neustrukturierung ihrer Stomatherapie vorgenommen.

In Deutschland erkranken jährlich ca. 60.000 Menschen erstmalig an Darmkrebs, die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) hat daher ein umfassendes System zur Qualitätssicherung bei Diagnostik und Therapie des colorektalen Carzinoms erarbeitet und initiiert die Bildung von zertifizierten Darmzentren, um diese Strukturen zu etablieren. Denn optimale Behandlungsergebnisse lassen sich nur durch gute interdisziplinäre Zusammenarbeit der einzelnen Fachrichtungen wie Onkologie, Strahlentherapie, Gastroenterologie, Visceralchirurgie, Psychoonkologie, Pathologie aber auch der Stomatherapie und Selbsthilfegruppen, um nur einige zu nennen, erzielen. Definierte Pfade sollen Aufgabenbereiche und Zuständigkeiten innerhalb des Zentrums regeln und durch klare Strukturen, wie wöchentliche Tumorkonferenzen und Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen, dafür sorgen, dass jeder Patient individuell und optimal behandelt werden kann. Die Katholische Hospitalgesellschaft Südwestfalen gGmbH ist Trägerin des

St. Martinus-Hospital in Olpe und des St. Josef-Hospital in Lennestadt-Altenhundem mit insgesamt 572 Betten. Beide Häuser sind Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung mit mehreren Fachabteilungen.

Seit 2007 ist das Darmzentrum Südwestfalen der Katholischen Hospitalgesellschaft Südwestfalen gGmbH unter der Leitung des Chefarztes der Visceralchirurgie am St. Martinus-Hospital, Dr. med. Karl-Heinz Ebert durch Onko-Zert zertifiziert. Ende Oktober 2011 konnte das Darmzentrum Südwestfalen auch bei dem Re-Zertifizierungsaudit überzeugen. Durch diese Zertifizierungsanforderungen rückt auch die Stomatherapie immer mehr in den Vordergrund, so dass in der Katholischen Hospitalgesellschaft Südwestfalen 2009 die Projektgruppe Stomaversorgung gegründet wurde. Um den Anforderungen der DKG gerecht zu werden, wurden unter Zuhilfenahme des PDCA-Zyklus Maßnahmen zu entwickeln.

Warum sind Regelungen und Strukturen zur Stomaversorgung notwendig?

Zum einen, um die gesetzlichen Vorgaben, wie die materielle Qualifikation der Pflegekräfte, verankert im Berufsgesetz oder dem Wirtschaftlichkeitsgebot nach §12 SGB V bzw. § 29 SGB XI sicherzustellen, aber auch um wichtige Leitlinien der FgSKW und internationale Standards der Weltverbände zu berücksichtigen.

Vorteile dieser Regelungen sind die leichtere Einarbeitung neuer Pflegekräfte, eine prägnante aber schlank gehaltene, rechtssichere Dokumentation, problemlose Anforderung von Stomafachkräften über das hauseigene Computernetzwerk und eine zielgerichtete, produktneutrale und vorurteilsfreie Schulung und Beratung der Patienten und Angehörigen im Umgang mit ihrer Stomaversorgung. Die gesicherte Überleitung des Patienten in den häuslichen Bereich und die Nachsorge sowie Materialbeschaffung wird

ebenfalls durch uns und unser Entlassmanagement geregelt. Dadurch lassen sich viele Komplikationen und das Auftreten von Drehtüreffekten vermeiden. Durch eine verkürzte Liegezeit können letztendlich Kosten aller Beteiligten eingespart werden.

Unsere Ergebnisse der letzten drei Jahre:

- Über unser Onlineformular nimmt die Pflegefachkraft Kontakt mit uns auf und setzt so das von uns entwickelte Pflegemanagement zur Stomaversorgung in Gang, durch genau geregelte Pfade und Checklisten kann kontrolliert werden in welcher Phase des Behandlungsverlaufes sich der Patient befindet und was noch zu erledigen ist. Dabei geht es uns aber nicht nur um Stomaneuanlagen, sondern jeder Stomaträger, der in unsere Einrichtung kommt wird von uns gesehen, um ihn mit seinem gewohnten Material zu versorgen oder anderweitig Hilfestellung zu gewähren.
- Ein Stomanotfallpaket, ausgestattet mit einer bebilderten Anleitung und allen grundlegenden Materialien, die man für einen Versorgungswechsel benötigt, um auch in Ausnahmesituationen wie Wochenenden oder nachts die Patienten adäquat pflegen zu können, ist an allen wichtigen Knotenpunkten der Klinik vorhanden.
- Stomaboxen zur Aufbewahrung der Hilfsmittel werden ausgegeben um die Materialien medizinproduktgerecht lagern zu können.
- Hauseigene von mir entworfene Stomaratgeber und Stomaflyer werden schon bei dem Erstgespräch ausgehändigt, um Patienten und Angehörigen mehr Zeit einzuräumen, sich mit der Thematik auseinanderzusetzen.
- Neben neuen Operationsälen sind auch ein Beratungsraum sowie ein Stomatherapieraum entstanden, der nach unseren Kriterien eingerichtet wurde.
- Ein Blumenmotiv, welches ein Stoma stilisieren soll, weist dezent den Weg zu unseren Therapieräumen, um den Patienten Diskretionen zu gewährleisten.

- Eine Stomasprechstunde parallel zu der Visceralsprechstunde unseres Oberarztes Dr. med. La Placa wird in Kürze anlaufen.
- Die gute Zusammenarbeit mit unserer ILCO-Gruppe „Kreis Oberberg“, regelmäßige Schulungen und Fortbildungen der Pflegekräfte und meine gerade abgeschlossene Fachweiterbildung in Frankfurt bei maxQ zur Pflegeexpertin Stoma – Inkontinenz – Wunde runden das Bild ab.

Fazit:

Die Implementierung neuer Strukturen ist keine kurzfristige Angelegenheit, sondern bedarf viel Engagement, um alle am Pflegeprozess beteiligten Personen zum gewünschten Ziel zu leiten. Auch müssen diese Strukturen und Verfahren zum Wohl der Patienten immer wieder reflektiert und verbessert werden, denn auch wenn alle Wunden verheilt sind, das Stoma bleibt, darum sollte die qualifizierte Nachversorgung und weiterführende Betreuung unser wichtigstes Anliegen sein.



Abbildung 1:
Stomateam am DZ Südwestfalen
Dr. med. LaPlaca,
Jutta Thöne-Kehlenbach, Pflegeexperte SIW,
Stefan Kehlenbach Stomafachkraft



Abbildung 2:
Unser Wegweiser zur Stomatherapie



Abbildung 3: Logo unseres DZ



Abbildung 4:
neue Operationsabteilung



Abbildung 5:
Stomatherapieraum



Abbildung 6:
Arbeitsplatz-Stomatherapieraum



Abbildung 7:
Stomatherapieraum

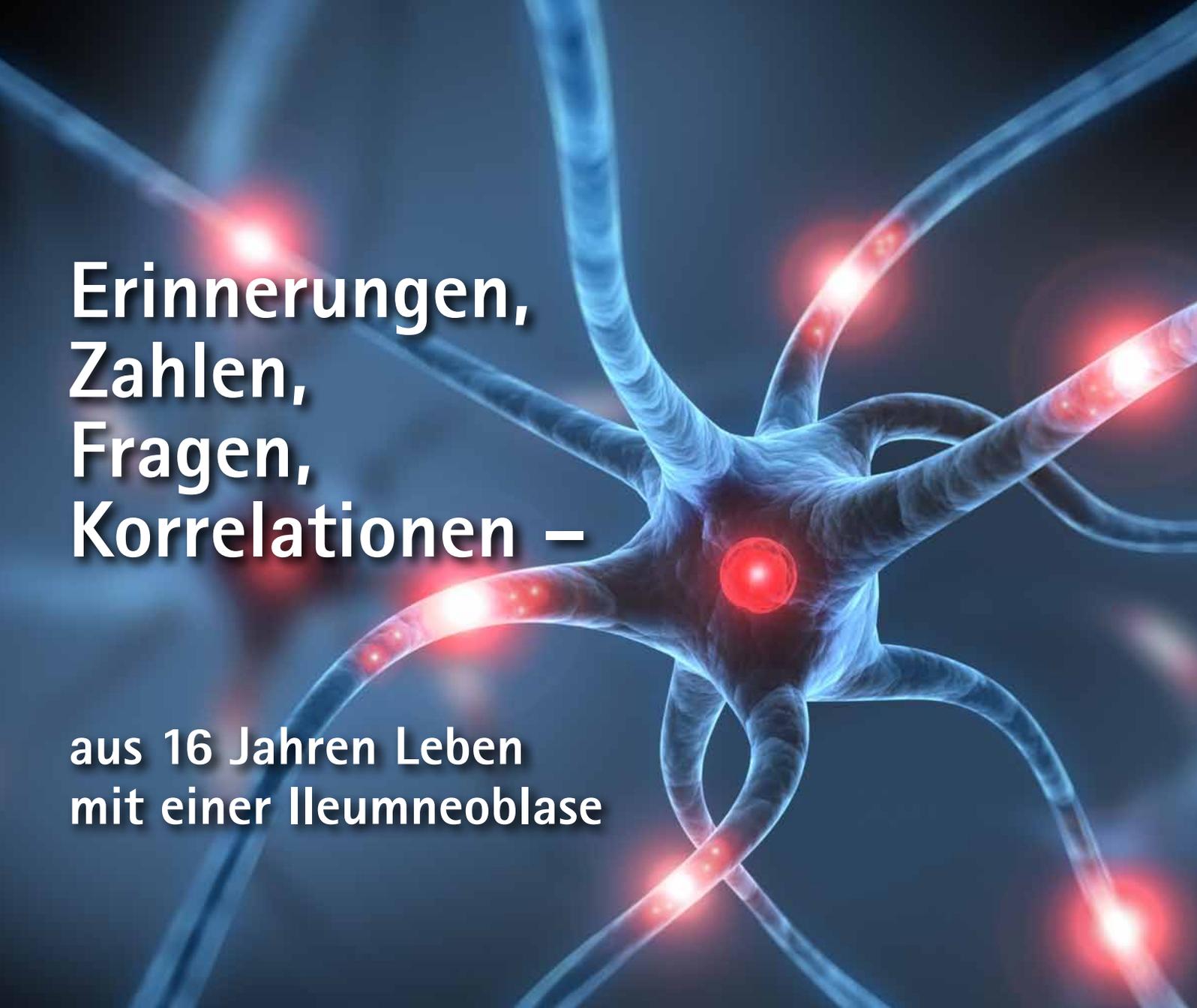


Abbildung 8:
Besprechungsraum



Abbildung 9:
Wartebereich

Jutta Thöne-Kehlenbach
Gesundheits- und Krankenpflegerin
m. W. zum Pflegeexperten SIW



Erinnerungen, Zahlen, Fragen, Korrelationen –

aus 16 Jahren Leben mit einer Ileumneoblase

1. Ich – ein Betroffener

Wenn man annähernd 17 Jahre mit einem Harnblasentumor und seinen Folgen konfrontiert gelebt hat, – erst im Stillen, dann diagnostiziert und letztlich radikal therapiert – gibt es viel zu berichten. Wichtiges, Unwichtiges und ich denke mitunter für Außenstehende auch nur schwer Verständliches. Im Sommer 1995 schloss ich mich, im 54. Lebensjahr stehend, freiwillig einer berufsgenossenschaftlichen Reihenuntersuchung an. Mit der Auffälligkeit „minimale Menge Blut im Urin“ verlief der übliche Weg vom Hausarzt zum Urologen – alles zügig. Am Ende stand das Ergebnis, dass meine Harnblase raus muss! Aus dem großen zeitlichen Abstand heutiger Sicht halte

ich meinen damaligen Zustand in dieser Zeit für Tranceähnlich.

Da ich mit Ausnahme eines jahrzehntelangen Blutspendens als Folge meines guten Gesundheitszustandes bis dahin mit großer innerlicher und auch tatsächlicher Distanz zu allem Medizinischem gelebt hatte, habe ich das, was da auf mich zukam, in der ganzen Breite und Tiefe nicht aufgenommen. Informationsmöglichkeiten, die die Arztgespräche hätten ergänzen können, konnte ich mit Ausnahme eines vielleicht 3-seitigen Beitrages in einer Apotheken-Zeitung nicht feststellen. In meiner Gedankenwelt ist eine sehr dominante und bis heute nicht schlüssig beantwortete Frage erinnerlich, was diesen Tumor verursacht haben könnte: Stets überzeugter Nichtraucher,

fern jeder Chemie – bei einem leicht sportlichen Lebensansatz!? Alles eigene Erfahrungen, die mein Tun bis heute anhaltend und nachhaltig beeinflussen. Wie auch immer – die Uhr tickte unerbittlich. Im alleinigen Vertrauen auf ärztliche Empfehlungen und solche aus dem Bekanntenkreis suchte ich mir für meine schwere Operation eine mir empfohlene große Operationsklinik, die dann außerhalb Thüringens lag. Alles verlief zügig! Meine Ersatzkasse genehmigte mir diese Operation in einem anderen Bundesland; Operation und anschließende Wundheilung erfolgten komplikationslos im bekannten Zeitlimit. Dies lag auch genau in meinem Sinne, wollte ich doch schnellstmöglich in die Lebensnormalität zurückkehren. Das hieß auch, noch vor Vollendung des 55. Lebensjahres

wieder die Berufstätigkeit aufzunehmen. Das aber sollte sich alsbald über- raschend schwierig gestalten! Wieso? Der Übergang von der Akut-Klinik in eine Anschlussheilbehandlung (damals noch 4 Wo. + 2 Wo. individuelle Verlängerung) im „urologischen Reha-Mekka“ von Deutschland (Bad Wildungen) gelang fast nahtlos. Ca. 7 Monate später erfolgte am gleichen Ort ein 4-wöchiger Reha-Aufenthalt. Das gesamte Reha-Ambiente war super! Aber ich war primär nicht dort, um mir in einem angenehmen Umfeld die 15 verlorenen Kilo Körpergewicht wieder „anzufuttern“, sondern um zügig arbeitsfähig zu werden! Jedoch bereits in dieser Phase wurde mir bewusst, dass ich mit der anhaltenden Harninkontinenz, – am Tage leicht, in der Nacht schwer – ein großes, aber bekanntes Problem bewältigen musste. Viel schwerer aber wog der Sachverhalt, dass die Existenz massiver Durchfälle und weiterer diesbezüglicher Unregelmäßigkeiten in der gesamten Verdauung auf ärztliche Unkenntnis und damit negierende Kenntnisnahme stieß. Dies nach dem Motto: ‚Das verwächst sich schon!‘ (Wörtlich!) Also ich ein lebendes Unikat?? Nicht verhindern konnte ich gute Heilungserfolge dokumentierende Abschlussberichte durch die Reha-Klinik. Eine insgesamt äußerst unangenehme Situation, die ich keinem Erkrankten wünsche und mental Gift für einen endgültigen Sieg über den Tumor ist! Die Situation eskalierte dann so weit, dass ich mich – mit ärztlichen Sanktionsandrohungen für den Fall einer Nichtbefolgung – einer psychosomatischen Behandlung unterziehen musste. Dies war erwarteter sinnloser Aktionismus! Einer anderen ärztlichen Empfehlung folgend schloss ich mich im Weiteren über viele Jahre einer sehr aktiven SHG im Umfeld der damaligen GIH – die heutige Kontinenzgesellschaft – an. Positive Akzente direkter Art blieben für mich aus, da sich die GIH zwar sowohl um die Harn- als auch die Stuhlin- kontinenz kümmert, aber zumindest damals nicht als Folge einer radikalen Zystektomie mit Neoblase. Wie in meiner Krankengeschichte mehrfach festzustellen, kam völlig unerwartet ein ganz wichtiger Erkenntniszugewinn als Nebenprodukt einer Teilnahme an dem Jahres-Kongress 2000 der GIH. Ich stieß dabei auf einen Fortsetzungs- beitrag einer Fachschwester in dem

‚Magazin Stoma + Inkontinenz‘ unter der Überschrift ‚Die Ileum-Neoblase‘. Ein aus meiner Sicht bis heute aktueller, komplexer und insofern hervorragender Beitrag, der ganz überwiegend in einer für uns betroffene Nicht-Mediziner verständlichen Sprache geschrieben ist. Verständlich spätestens unter Hinzuziehung eines normalen Wörterbuches! Vor allem wird darin auch die umfangreiche, häufig unverhältnismäßig vernachlässigte Nachsorgethematik gut erläutert. Für mich trat hier sofort ein enormer und allseitiger Erkenntnis- und Verständniszugewinn ein. Damit war zwar mein gesundheitliches Folgeproblem nicht beseitigt, aber ich wusste zuverlässig, dass es derartige Verdauungsprobleme geben kann! Das wirkt enorm entlastend!

Zwischenbemerkung:

Ich halte es bereits an dieser Stelle im Vorgriff auf die aktuelle Situation für angezeigt, auf ein ganz zentrales Problem im Umfeld des Harnblasentumors und seiner zahlreichen Therapien hinzuweisen. In vielen Fachbeiträgen wird ärztlicherseits immer wieder darauf hingewiesen, dass für einen endgültigen Sieg über den Harnblasentumor eine aktive Kooperation vom Betroffenen erforderlich ist; dies läuft auch unter dem Begriff der ‚Compliance‘. Aus meiner Erfahrung unterstütze ich das aus vollster Überzeugung. Aber? Dazu muss den/uns Betroffenen permanent aktiv seriöses (Hintergrund-) Wissen zum Nachlesen/Aneignen angeboten werden. Das muss in der AHB/Reha unter Anleitung von erfahrenen Urologen und Fachschwestern beginnen, um es dann in der Phase der ambulanten, lebenslangen Betreuung fortsetzen zu können. Hier gibt es noch immer Lücken! Ich bin der Überzeugung, dass viele gute radikale Zystektomien und Harnableitungen ein auf längere Sicht bessere Lebensqualität aufweisen könnten. Ein erstes gutes Beispiel hierfür ist eine Initiative aus Karlsruhe und Essen mit der Herausgabe der großen Broschüre ‚Leben mit Mainz Pouch I‘. Nach dieser scheinbaren Abschweifung will ich das Thema ‚meiner Betroffenheit‘ fortsetzen. – Obwohl ich bereits in den Jahren seit 1997 in verschiedenen (Fach-) Bibliotheken zu meinen Problemen recherchiert hatte, war also der zitierte Fortsetzungsbeitrag ein großer Erkenntnisfortschritt – auch bezüglich

diverser Funktionszusammenhänge im Dickdarm und deren unvermeidliche Veränderungen als eine Operationsfolge! Es war viel Verständnis für meine Situation, aber für sich allein noch keine ‚Mängelbeseitigung‘! Eine für einen Arbeitgeber zumutbare Arbeitsfähigkeit konnte auch im weiteren Verlauf nicht erreicht werden, sodass ich im Laufe des Jahres 2002 aus dem aktiven Arbeitsleben ausschied. Ein schon schmerzender Vorgang! Aber es zeigte sich im Weiteren, dass die Beseitigung des latenten Druckes auf irgendeine Art und Weise in und mit der normalen Arbeitswelt zurecht kommen zu müssen, eine deutliche mentale Entlastung darstellte. Die Probleme hielten an (noch), aber es ging merklich aufwärts. Einschränkungen und angepasstes Verhalten blieben; ferner schon mal gelegentliche KH-Aufenthalte wegen Harnwegsinfekten. Wie unplanbare Zufälle in jedem Leben so auftreten, gab es im November 2004 für mich insofern eine folgenreiche Begegnung, als noch im Januar 2005 unsere SHG Harnblasentumor Thüringen in Jena gegründet wurde. Mit meiner Situation war ich zu diesem Zeitpunkt – trotz einiger Fortschritte – unverändert nur mäßig zufrieden. Mit großer ärztlicher Autorität und mit Nachdruck wurde ich dann darauf hingewiesen, wenn ich nicht umgehend die Hürde des intermittierenden Selbstkatheterismus nehme, werde sich die bereits 3 Jahre anhaltende Negativentwicklung des Kreatininwertes mit bitteren Konsequenzen unaufhaltbar fortsetzen. Ich nahm diese Hürde! Der ISK ist nicht schön, aber der Kreatininwert hat sich in den verflössenen 6 Jahren nicht im Geringsten weiter verschlechtert. Nicht alle Harninkontinenzprobleme sind damit gelöst, aber als Rentner mit persönlicher Zeithoheit und dem Wissen über den bevorstehenden Tagesablauf gewinnt man damit aus meiner Sicht deutlich an Lebensqualität. Nun hoffe ich noch auf ein Wunder und beobachte intensiv die ‚urologische Szene‘, um hinsichtlich der unverändert, teils sehr dominant und unkalkulierbar kurzfristig wechselnden Verdauungsverhältnisse nochmals einen bessernden Schritt vollziehen zu können.

Im wahrsten Sinne des Wortes ist die Situation am letzten Schließmuskel teils schon ätzend, aber dann auch wieder verhaltend. Letzteres wirkt sich auf

meine körperliche Leistungsfähigkeit sofort noch viel stärker negativ aus.

2. Mein Credo:

Wir – die Betroffenen – müssen mehr über unseren Harnblasentumor wissen! Lebenslange Informationskooperation ist zwingend erforderlich.

3. Meine Beobachtungen

Unsere eigene schwere Tumorerkrankung ist uns sehr wichtig! Als Betroffene neigen wir dazu, die eigene Erkrankung in ihrer allgemeinen Bedeutung und Häufigkeit zu überschätzen. Bei unseren permanenten Bemühungen diverser Fachwissen in unsere Selbsthilfearbeit einfließen zu lassen, stoßen wir auf viele interessante Details. Volkmer, Petervari und de Geeter ('Der Urologe' Nr. 1/2011) berichten davon, dass ,in der Urologie die Zystektomie einer der aufwändigsten Eingriffe ist, der überwiegend beim Harnblasenkarzinom durchgeführt wird! Im Rahmen des abschließenden Fazits führen die gleichen Verfasser dem Sinne nach aus, dass insgesamt 500 urologische Strukturbereiche in Deutschland zusammen jährlich rund 6000 Zystektomien durchführen. Im Weiteren nochmals als Zitat: ,Damit handelt es sich bei der Zystektomie für die einzelne urologische Abteilung eher um einen seltenen Eingriff! Ich gehe davon aus, dass die ohnehin geringe Anzahl von Zystektomien im Regelfall durch die verschiedenen Harnableitungsvarianten weiter differenziert wird! – Mich jedenfalls überraschte diese Größenordnung; hatte mir dazu aber bisher auch keine weiteren Gedanken gemacht. Ich selbst machte die Feststellung und entsprechend auch die Beobachtungen anderer Zystektomierter, dass man stets zeitgleich mit einer Reihe weiterer Zystektomierter in der Klinik lag. Mir erinnerlich ist, dass für mich im 2. Halbjahr 2008 u.a. 2 Bemerkungen zum Harnblasentumor publik wurden: 1. Es ist der teuerste Tumor! 2. Es ist der vergessene Tumor! Die erste Aussage überraschte mich; die zweite Aussage interessierte mich! Anfangs habe ich über den möglicherweise selbstkritischen Ansatz des Vergessens noch verständnisvoll gelächelt – mit einem ,das kann ja passieren!'. Aber mit der Zeit des Überlegens und Nachdenkens verging mir etwas die

verständnissvolle Leichtigkeit meiner Interpretation, ging es doch um unseren Harnblasentumor in Verbindung – wie ich nun weiß – mit dem möglicherweise erforderlichen schwersten urologischen Eingriff in der Urologie oder anderen, teils langwierigen Krankheitsverläufen. In diesem Kontext ist die Begrifflichkeit ,vergessen' einfach zu negativ besetzt. Da kommen einem aus der eigenen Betroffenheit heraus solche Fragen wie:

1. War es nur Vergesslichkeit, den Fristablauf der Nachsorgeleitlinie für den Harnblasentumor zum 15. 09. 2004 mittels einer Überarbeitung zu vermeiden?
 2. Warum gibt es für unseren Harnblasentumor keine – analog dem Hodentumor – Zweitmeinungszentren?
 3. Warum gibt es für unseren Harnblasentumor keine – analog dem Prostatatumor – zertifizierten Behandlungszentren?
 4. Warum gibt es für den Prostatatumor eine hochwertige S-3-Leitlinie, während die Erarbeitung einer gleichwertigen Leitlinie für unseren Harnblasentumor gerade erst beginnt?
- Die zurückliegend auszugsweise aus einem Fachbeitrag zitierten Erkenntnisse regen an, weniger das oder ein Vergessen unseres Harnblasentumors anzunehmen, als mit den uns zur Verfügung stehenden Mitteln, Größenordnung und Bedeutung der radikalen Zystektomie in Verbindung mit den diversen Harnableitungsvarianten besser zu erkennen.

4. Unvermeidbar viele Zahlen und ähnliche Angaben

Nach den Angaben aus unterschiedlichen Quellen ist ein Viertel bis mindestens ein Fünftel aller diagnostizierten Harnblasentumore muskelinvasiver Art und bedürfen – so wie es Prof. Heidenreich dargestellt hat – einer radikalen chirurgischen Therapie. Interessant ist hier die folgende Ermittlung unter der rechnerischen Durchschnittsannahme, dass ein Viertel aller Harnblasentumore als Folge ihres fortgeschrittenen Stadiums zystektomiert werden müssen. Das ergäbe, bezogen auf die Gesamtzahl der jährlichen Neuerkrankungen ca. 6900 Zystektomien, für die allein ein fortgeschrittener Harnblasentumor die Ursache ist. (Im Falle eines Fünftels – also 20 % muskelinvasive Harnblasentumore – ca. 5500 Zystektomien/anno.)

So können für Deutschland im Jahre 2010 noch etwas genauere Angaben gemacht werden: ca. 6500 Zystektomien (OPS 5-576) in wenig mehr als 430 Krankenhäusern. Das sind pro anno im Durchschnitt ca. 15 Zystektomien/KH – de facto zwischen minimal 1/KH und maximal 85/KH. Aber die Differenzierung setzt sich noch weiter fort! Die operativ anspruchsvolle Neoblase (OPS 5-577) wurde im Jahre 2010 in Deutschland knapp über 2000 x angelegt; dies in wenig mehr als 330 Krankenhäusern. Das ergibt einen Jahresdurchschnitt von etwas mehr als 6 Neoblasen/KH – zwischen minimal 1/KH und maximal 49/KH. Auf die Gesamtzahl der radikalen Zystektomien kommt nicht ganz ein Drittel an Neoblasen. – Mit wenig über 4000 urologische Stomata in 2010 in Deutschland in knapp unter 400 KH werden die Relationen dieser beiden Harnableitungsvarianten deutlich. Das sind im Jahre 2010 im Durchschnitt wenig mehr als 10 Stomata/KH. Der Anteil des Stoma (OPS 5-565) bezogen auf die radikale Zystektomie beträgt über 60 %. Damit beträgt der Gesamtanteil von den beiden dominierenden Harnableitungsvarianten – Neoblase und Stoma – bezogen auf die Anzahl der radikalen Zystektomien über 9/10 – bei überdeutlicher Stomadominanz!

5. Resumee

1. Nur knapp 10 % der Männer kommen für eine reduzierte Operationsradikalität in Frage! Unter der fehlerhaften Annahme, dass im Jahre 2010 in Deutschland alle Neoblasen nur Männer erhalten hätten/haben, dann wären das ca. 200 Männer. Wer soll auf welche Weise diesen kleinen Teil – verstreut über nahezu alle deutschen urologischen Kliniken – gezielt herausfiltern? Aus meiner Sicht geht es nur auf die Art und Weise, dass Urologische Kliniken mit einem solchen speziellen Angebot auf sich aufmerksam machen. Entweder wohnt man im Umfeld einer solchen Klinik (Glück!) oder reist auf Verdacht.
2. Der Leitbeitrag von Prof. Heidenreich in "Die Harnblase Nr. 2/2011" schließt mit dem Hinweis (Zitat): ,Die Operationstechnik sollte aufgrund der besonderen Auswahlkriterien und der besonderen operativen Expertise an ausgewählten

Zentren durchgeführt werden.'
Auch hier ein Blick auf die Realitäten des Jahres 2010 – Fallzahlen Neoblase in den Urologischen Kliniken von Thüringen sowie 2 bekannte Urologien in NRW. An dieser Stelle halte ich es für erforderlich, nochmals auf die bereits festgestellte Komplexität der radikalen Zystektomie und Harnableitung Bezug zu nehmen und aus einem Fachbeitrag von Gschwend, Albers und Schrader in ‚Der Urologe‘ Nr. 8/2011 ab S. 921 auszugsweise, aber wörtlich zu zitieren: ‚So läge eine jährliche Mindestzahl von 25 radikalen Prostatektomien/Operateur bei einer nachzuweisenden Gesamtzahl von mindestens 100 radikalen Prostatektomien/Operateur weit unter den in der Literatur genannten Mindestzahlen, die zu einer signifikanten Verbesserung des Operationsergebnisses führten. Vickers et al. zeigten, dass bei der radikalen Prostatektomie die Erfahrungskurve eines Operateurs zunächst steil verläuft und sich erst nach einer

Gesamtzahl von 250 durchgeführten Eingriffen ein Plateau einstellt. Gleiches gilt für die Anzahl/anno durchgeführter radikaler Prostatektomien. Hier stellt sich ein positiver Effekt erst ab einer Mindestzahl von 75 Operationen/anno und Operateur ein.'

Ich möchte all diese Angaben nicht kommentieren, auch – weil es mir fachlich nicht zusteht. Wir sollten aber diese Sachverhalte zur Kenntnis nehmen und auch schon in unsere Selbsthilfearbeit einfließen lassen. Etwas ketzerisch formuliert, steht die eigentlich glückliche Tatsache von ‚nur‘ um die 6000 radikalen Zystektomien und diversen Harnableitungen/anno in Deutschland dem Fortschritt im Wege! Aber ich bin überzeugt, dass die zurückliegende Formulierung des ‚vergessenen‘ Harnblasentumors in Vorsorge, Diagnose und Therapie so nicht mehr – sollte es je der Falle gewesen sein – den Tatsachen entspricht.

Bemerkung:

Als Folge der dem Verfasser zur Verfügung stehenden Daten war es in Teilen unvermeidlich, Angaben aus unterschiedlichen Jahren in Beziehung zueinander zu setzen. Das beeinflusst die getroffenen Aussagen nur unwesentlich.



Claus Hofmann
Selbsthilfe-Blasenkrebs-Thüringen
www.blasenkrebs-shb.de

FgSKW-Kongress
Wir freuen uns
auf Ihren Besuch:
Stand 10

Produkteinführung FOR LIFE KontiCur

FOR LIFE ergänzt sein Sortiment um eine Produktlinie von hochwertigen Kathetern.

Überzeugen Sie sich von der Qualität und besuchen Sie uns anlässlich des diesjährigen FgSKW-Kongresses. Dieser findet am **07. und 08. September** in Hattingen statt.



FOR LIFE



FOR LIFE GmbH

Tabbertstraße 12 a
12459 Berlin
E-Mail: info@curprodukte.de
Internet: www.curprodukte.de
Service-Hotline: 0800 - 87 22 436

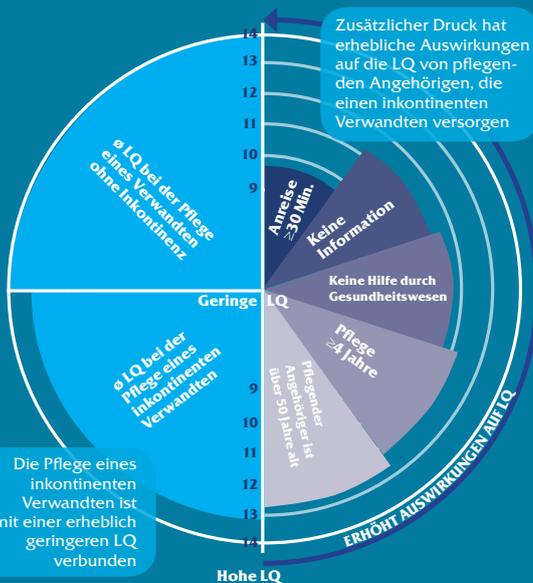
Studie: Inkontinenz lastet schwer auf pflegenden Angehörigen

Teilnehmer aus 31 Ländern beim vierten Global Forum on Incontinence



SO WIRKT SICH DIE INKONTINENZVERSORGUNG AUF PFLEGENDE ANGEHÖRIGE AUS

Auswirkung von zusätzlichen Belastungen auf die Lebensqualität (LQ) eines pflegenden Angehörigen



Lebensqualitätsstudie: Ipsos in Zusammenarbeit mit Eurocarers. Online-Befragung in Italien zwischen dem 5. und 15. Dezember 2011.

Pflegende Angehörige in Europa

Eine Figur steht für 10 Millionen Menschen

Europa hat 731 Millionen Einwohner



125 Millionen davon sind pflegende Angehörige

Anderson, R. et al (2008): Zweite europäische Lebensqualitäts-Umfrage
Übersicht: Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen.

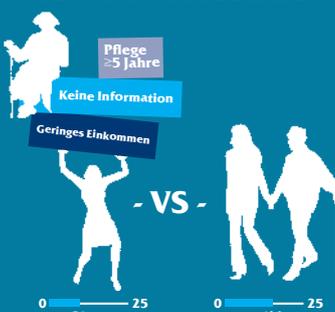
30% aller pflegenden Angehörigen, die einen Verwandten im Alter von über 70 Jahren versorgen, pflegen einen inkontinenten Menschen



Eigene Schätzung von SCA Hygiene Products.

Diese Pflegenden benötigen die meiste Unterstützung:

Ein Fünftel der Pflegenden mit einem inkontinenten Verwandten empfinden ihre LQ nur etwa halb so hoch wie der Durchschnitt



20% der Pflegenden mit einem inkontinenten Verwandten geben einen LQ-Wert von 7,1 an

Pflegende mit einem Verwandten ohne Inkontinenz geben einen LQ-Wert von 14,0 an

Lebensqualitätsstudie: Ipsos in Zusammenarbeit mit Eurocarers. Online-Befragung in Italien zwischen dem 5. und 15. Dezember 2011. Ipsos ist ein Tochterunternehmen der Sigma Research Group, die in Belgien, Frankreich, Großbritannien, Italien, Spanien, den USA und anderen Ländern tätig ist. © 2011 Ipsos. Alle Rechte vorbehalten.

Pflegende Angehörige: Anteil an der Bevölkerung 50+

- Italien hat die meisten pflegenden Angehörigen in Europa
- Schweden hat die wenigsten pflegenden Angehörigen in Europa



Ausführungen der Untersuchung von pflegenden Angehörigen: OECD Report, basierend auf der 2005-07 HILDA Umfrage. Abrufbar unter: www.oecd.org/dataoecd/2/27/47884866.pdf

Die Pflege eines inkontinenten Verwandten belastet Millionen von pflegenden Angehörigen und verringert deren Lebensqualität deutlich. Zu diesem Ergebnis kommt eine aktuelle Studie des Marktforschungsinstituts Ipsos in Zusammenarbeit mit dem europäischen Verband privater Pfleger Eurocarers. Die Forschungsergebnisse wurden auf dem vierten Global Forum on Inconti-

nence (GFI) in Kopenhagen vorgestellt. Aus 31 Ländern – darunter Deutschland, Österreich und die Schweiz – waren Experten, Wissenschaftler und Entscheider auf dem Gebiet der Inkontinenz ange-reist, um sich über jüngste Entwicklungen, Forschungsergebnisse und Erfolge auf ihrem Fachgebiet auszutauschen. Das Experten-Forum stand unter der Schirmherrschaft des dänischen Gesundheitsministeriums.

„Die zusätzliche Belastung durch den Umgang mit Inkontinenz trifft viele Pflegende schwer“, erläuterte Eurocarers-Forscher Dr. Giovanni Lamura das Ergebnis der Studie. Wesentliche Risikofaktoren für eine verminderte Lebensqualität seien eine unzureichende Beratung und Unterstützung, ein hohes Alter des Pflegenden oder des Angehörigen, eine Pflegedauer von mehr als fünf Jahren sowie ein geringes Einkommen.

Grafik: Postina Public Relations

Halbierte Lebensqualität

Grundlage der Studie bildeten zwei Gruppen: Eine Gruppe bestand aus pflegenden Angehörigen, die einen Verwandten mindestens zehn Stunden pro Woche zu Hause pflegten. Die andere Gruppe setzte sich aus Pflegenden zusammen, deren Angehörige zusätzlich noch von mittlerer bis schwerer Inkontinenz betroffen waren. Die Wissenschaftler kamen zu folgendem Ergebnis: Pflegende Angehörige mit einem inkontinenten Verwandten bewerteten ihre Lebensqualität durchweg schlechter als Studienteilnehmer, die einen Verwandten ohne Inkontinenz zu Hause versorgten. Gestützt wird dieses Resultat durch eine vergleichbare Untersuchung, die in sieben europäischen Ländern vorgenommen wurde: Demnach empfinden pflegende Angehörige mit einem inkontinenten Verwandten ihre Lebensqualität nur etwa halb so hoch, wie diejenigen, die einen kontinenten Ver-

wandten pflegten. Beiden Studien liegen dieselben Faktoren als Ursache für die schlechtere Lebensqualität zu Grunde. „Viele Pflegende berichten aufgrund der besonders hohen Belastung durch Inkontinenz von Gefühlen der Ohnmacht, der emotionalen und physischen Aufzehrung und des Verlusts des normalen Lebens“, sagt der Vorsitzende der Inkontinenz Selbsthilfe, Matthias Zeisberger. Die Pflege eines Verwandten sollte deshalb innerhalb der Familie auf möglichst viele Schultern verteilt werden. Weitere Entlastung bringe ein ambulanter Pflegedienst, so Zeisberger.

Das Wohlbefinden pflegender Angehöriger lässt sich jedoch laut der Eurocarers-Studie auf einfache Weise verbessern: Angehörige, die das Gefühl hatten, über die Pflege ihres inkontinenten Familienmitglieds ausreichend informiert zu sein, empfanden ihre Lebensqualität deutlich höher als diejenigen, die keine Informationen zur Verfügung hatten.

„Der Zugang zu Informationen über den Umgang mit inkontinenten Pflegebedürftigen, die Auswahl von passenden Inkontinenz-Produkten und Möglichkeiten der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen muss verbessert werden“, fordert Eurocarers-Forscher Lamura. Die Pflegenden müssten unterstützt und alles dafür getan werden, dass sie gesund und motiviert bleiben. „Nur so lässt sich verhindern, dass sie durch die körperlichen und seelischen Belastungen selbst zu Kranken werden“, so Lamura.

Früh auf Prävention setzen

Neben den Studienergebnissen erörtern die Kongress-Teilnehmer außerdem medizinische Aspekte sowie die gesamtgesellschaftlichen Folgen von Inkontinenz.

Allein in Deutschland werden die Gesamtkosten der Inkontinenz auf jährlich mehr als zwei Milliarden Euro geschätzt. Nahezu alle Referenten



Von Anfang an Hautprobleme vermeiden

eakin®
Weil Hautschutz wichtig ist.

Die Eakin Cohesive® Hautschutzpaste ist die **einzige völlig alkoholfreie Paste**, die speziell für empfindliche oder schon gereizte Haut mehr Komfort und Sicherheit bietet.

1. Wirkungsvoller Enzyblocker

Eakin Cohesive® bildet ein Schutzgel und reduziert so die digestive Enzym-Aktivität auf der Haut.¹⁾

2. Überzeugende Feuchtigkeitsaufnahme

Eakin Cohesive® absorbiert Feuchtigkeit, dichtet ab und sorgt dafür, dass sie nicht mit der Haut in Berührung kommt.¹⁾

3. Bakterienhemmender Hautschutz

Die natürlichen Substanzen der Eakin Cohesive® Hautschutzpaste wirken **bakterienhemmend**, indem sie den pH-Wert der Haut schonend regulieren. So kann verhindert werden, dass die Haut bakteriell oder chemisch angegriffen und verändert wird.¹⁾

1) Quelle Data on file: Dr. Grace McGrogan, Queen's University, Belfast, UK



Beratung und Musteranforderung:
0800-22 440 22
(gebührenfrei)

Eakin GmbH
Feringastr. 6 • 85774 München-Unterföhring
Tel. 089 - 99 216 256 • Fax 089 - 99 216 200
info@eakin.de • www.eakin.de

stimmten überein, dass in Anbetracht dieser hohen Ausgaben über das Thema in der politischen Landschaft nach wie vor viel zu wenig diskutiert wird. Auch die Medien würden das Tabu-Thema zu selten aufgreifen.

Durch Prävention ließen sich die hohen Kosten reduzieren, erklärte die Frankfurter Urologin Dr. Daniela Marschall-Kehrel, deren Vortrag sich der Inkontinenz bei Kindern und Jugendlichen widmete. Marschall-Kehrel berichtete, welchen Einfluss Vorfälle und Muster in der Kindheit auf das spätere Leben haben. Mehrere Studien belegten einen unmittelbaren Zusammenhang zwischen Blasenentleerungsstörungen in der Kindheit und Symptomen des unteren Harntraktes (LUTS) im Erwachsenenalter. Pathophysiologische Mechanismen, die LUTS zugrunde liegen, könnten bereits in früher Kindheit erkannt werden. Wichtig sei deshalb Prävention und eine frühe Intervention, denn auf diese Weise könnten die signifikanten Belastungen

durch LUTS reduziert werden. Professor Dr. Heinz Kölbl, Direktor der Klinik und Poliklinik für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität und zweiter Vorsitzender der Deutschen Kontinenzgesellschaft, referierte über Risikofaktoren für das weibliche Becken. Professor Kölbl ging dabei insbesondere auf Schwangerschaft und Geburt sowie genetische Veranlagung ein. Anschließend stellte der Experte Therapie- und Präventionsmöglichkeiten vor. Die Privat-Dozentin Dr. Ruth Kirschner-Hermanns von der Klinik für Urologie des Universitätsklinikums Aachen hob die Bedeutung der Entwicklung von Instrumenten zur Messung der Lebensqualität hervor und stellte einen neu entwickelten Fragebogen vor.

Teilnehmer ziehen positive Bilanz

Mit dem Verlauf und Ergebnis des GFI zeigten sich Kongress-Besucher und Veranstalter sehr zufrieden. Der Mix

aus wissenschaftlicher und praktischer Betrachtung auf globaler Ebene sowie der Vergleich der unterschiedlichen Systeme habe neue fachliche Erkenntnisse gebracht, so Stefanie Stoff-Ahnis vom deutschen Krankenkassenversicherer AOK Nordost.

„Es war eine tolle und Gewinn bringende Veranstaltung. Unsere Kunden waren zutiefst beeindruckt, wie professionell der ganze Kongress geplant und abgehalten wurde. Sehr positiv wurde auch der fachliche Austausch, der hier im Vordergrund steht, beurteilt“, sagte Maria Jelovic, Teamleiterin der TENA Fachberatung in Österreich. „Veranstaltungen wie das GFI sind für uns sehr wichtig, denn sie unterstreichen die Glaubwürdigkeit und Expertise von SCA auf dem Gebiet der Inkontinenzversorgung“, resümierte Jessica Huckert, Marketing Managerin bei SCA und Koordinatorin der Delegation aus der Region Deutschland, Österreich und der Schweiz.

Do you have an idea for a project that will.....

- Improve the quality of your daily work in urology care
- Turn a new or unique aspect of nursing care into a research project
- Evaluate developments which have taken place in your urological field
- Turn practical clinical issues in nursing into a research project to help resolve them
- Or do you have a small practical project which you would like to develop into a research project

... then we invite you to submit a research project proposal for the EAUN Nursing Research Competition.

You can find the full details of the submission process and details of previously submitted research project plans on our website. The winner in 2012, H. Cobussen, for example, submitted the project: "Which factors make clean intermittent (self) catheterisation successful".

During the 14th International EAUN Meeting in Milan (March 2013), all projects of the nominees will be discussed in a scientific session, enabling all participants to learn through feedback and discussions. If English is not your first language do not let this deter you from submitting a research proposal; the jury are well aware that it is much more difficult to write such a proposal in a foreign language, and your proposal will be judged on its merits.

A winner chosen from the final six nominees selected by a jury, will receive € 2,500 to (partly) fund the research project.

To be eligible participants must comply with the following:

- Be a registered nurse
- The project must not have started at the time of submission
- The proposal, the presentation and the project must be undertaken by the submitting nurse
- The topic selected must be of relevance to urological nursing
- The results of the prize-winning research project will be published in European Urology Today and on the EAUN website and the winner is invited to present the results or parts of the result at the next International EAUN Meeting.

All details regarding participation and criteria for submission can be found at the Milan website: www.eaumilan2013.org/14th-eaun-meeting/

- For more information you can contact the EAUN Office at eaun@uroweb.org

Submission deadline: 1 December 2012

We hope that you will not miss this opportunity. Remember, nursing research small or large can still change the urological world!

Call for Research Projects

EAUN Nursing Research Competition

€ 2,500 grant to be awarded at the 14th International EAUN Meeting in Milan, 16-18 March 2013



Sitzung der Expertenkommission zu peristomalen Hautläsionen

Am 23. 03. 2012 hat der 4. Südwestdeutschen Stomakongress mit über 100 aktiven Teilnehmern im Golfresort Öschberghof in Donaueschingen stattgefunden.

Experten aus unterschiedlichen Blickwinkeln kommunizierten miteinander mit dem Ziel, die Betreuung von Stomapatienten zu verbessern.

In einer interaktiven Diskussion zwischen Enterostomatherapeuten, Ärzten und ILCO-Mitgliedern wurde das Thema peristomale Hautläsionen erörtert, ein großes und allzu häufig nicht adäquat adressiertes Problem in der täglichen Praxis. Als Ergebnis wurde auf dem Kongress Einigkeit erzielt, dass die bisherigen Klassifikationssysteme noch Stolpersteine und Ungenauigkeiten beinhalteten und für die Praxis so nicht zu verwenden seien. In der integrativen Moderation brachte es Prof. Dr. Norbert Runkel aus Villingen-Schwenningen dann auch auf einen Punkt:

„Wir brauchen ein neues Klassifikationssystem!“ Als Schlussfolgerung gründete sich eine kleine Expertengruppe aus Ärzten, Stomatherapeuten und Mitgliedern der ILCO, die mit dem Votum des Plenums, ein geeignetes Klassifikationssystem zur Erfassung und Beschreibung peristomaler Hautläsionen ausarbeiten sollen. (Siehe Bericht in der *MagSi® InterAktiv vom 01. 04. 2012*).

Am 23. 06. 2012 traf sich dann in Villingen auf Einladung des Initiators, Herrn Prof. Dr. Norbert Runkel, die Expertenkommission zu einem intensiven Arbeitstag.

Die Moderation und Leitung der Expertenkommission übernahm Herr Prof. Dr. Norbert Runkel (Schwarzwald-Baar-Klinikum Villingen-Schwenningen) und mit Herrn Prof. Dr. Jehle (Klinikum Ravensburg), Herrn Prof. Dr. Benz (Klinikum Nagold) und Herrn Prof. Dr. Reith (Klinikum Konstanz) wurde die Expertenkommission mit sehr erfahrenen und an der Stomaversorgung interessierten Viszeralchirurgen besetzt.

Ergänzt werden soll diese Kommission durch die tatkräftige Unterstützung von Frau Dr. Gyde Staib, die eine dermatologische Praxis in Esslingen betreibt und an diesem Tag leider an der Teilnahme verhindert war. Die Pflegefachkräfte wurden repräsentiert durch Mechthilde Birk (Schwarzwald-Baar-Klinikum Villingen-Schwenningen), Jolanthe Romankiewicz (Publicare GmbH), Werner Droste (FgSKW e.V.).

Herr Manfred Jooß, (ILCO LV-Baden Württemberg) nahm als Betroffener und Mitglied des ILCO-Landesverbandes Baden-Württemberg teil und wurde hierbei von Frank Hartkopf unterstützt. Frank Hartkopf sah sich in dieser Expertenkommission in einer Doppelrolle als Mitglied der ILCO (Vorstandsmitglied im Landesverband Baden-Württemberg) und gleichzeitig als Krankenpfleger und Enterostomatherapeut.

In dieser bemerkenswerten Zusammensetzung nahm die Expertenkommission dann die Arbeit auf. Als Ziel wurde definiert: Erstellung eines Klassifizierungs-Systems für peristomale Hautläsionen.

Zum Hintergrund: Stoma-assoziierte Hautläsionen sind häufig und bedeuten für die Patienten regelhaft einen erheblichen Leidensdruck. Zudem sind sie für Enterostomatherapeuten und Ärzte eine therapeutische Herausforderung, die zeit- und kostenintensiv sein kann. Problem: eine allgemein akzeptierte Nomenklatur und Klassifikation existiert nicht, obwohl mehrere Scoring-Systeme

BESSER FACHLICH KOMPETENT.



Die Sanitätshaus Aktuell AG ist ein modernes, national und international tätiges Dienstleistungsunternehmen in der Gesundheitsbranche.

Unsere Gemeinschaft umfaßt insgesamt 300 Partnerbetriebe mit einer Mitarbeiterzahl von über 7.000 Fachkräften. Hiervon sind über 500 Mitarbeiter, als Spezialisten auf dem Gebiet der Homecare-Versorgung tätig. Damit zählen wir in Deutschland zu den führenden Versorgern im Homecare-Markt.

Mit über 70 Stomatherapeuten, sowie über 130 speziell nach ICW oder DGFW weitergebildeten Wundexperten verfügen wir über eine hochgradige Spezialisierung.

Unsere Partnerbetriebe sind die Verbindung zwischen klinischer und ambulanter Versorgung sowie Ansprechpartner für Patienten und Angehörige, Ärzte und Krankenhäuser, Altenheime und Pflegedienste sowie Krankenkassen.

Haben auch Sie Interesse an einer optimalen Patientenversorgung, dann freuen wir uns, wenn Sie sich bei uns melden.

Ansprechpartner: Ralph Mayer
Sanitätshaus Aktuell AG
Auf der Höhe
53560 Vettelschoß

info@care-team.de
www.care-team.de



in der jüngeren Vergangenheit vorgestellt wurden (S.A.C.S.™, DET-Score, Stoma-Beobachtungsindex). Insbesondere gibt es nach Meinung der Expertengruppe aktuell keinen Score, der im Ergebnis therapierelevante Entscheidungen vermittelt. Die Qualitätsanforderungen an das zu entwickelnde Klassifizierungsinstrument wurden wie folgt definiert:

- praktikabel
- einfach
- reliabel
- therapierelevant
- ursachenorientiert
- für nicht- dermatologische Fachexperten geeignet
- verständlich für Patienten

Im Rahmen dieses Arbeitstreffens der Expertengruppe wurde die grundsätzliche Formulierung eines neuen Klassifizierungssystems erarbeitet und abschließend diskutiert. Hierbei zeigte sich die Berufsgruppen übergreifende Zusammensetzung unter direkter und aktiver Einbeziehung der Betroffenen als Idealmischung für dieses Vorhaben. Die verschiedenen fachlichen Blickwinkel wurden genauso berücksichtigt, als auch die Verständlichkeit und Konsequenzen im Ergebnis für die Betroffenen. Nach abschließender Feinarbeit am neuen Klassifizierungssystem soll in einer Pilotstudie zur Durchführbarkeit die Eignung und Handhabung des Klassifizierungssystems in der Praxis geprüft werden.

Daran anschließen sollte sich dann eine Langzeit-Studie, um den Nutzen für die Medizin, die Pflege und die Betroffenen in aller Deutlichkeit zu prüfen und zu bewerten. Hierbei soll auch überprüft werden, inwieweit sich aus der Handhabung der Klassifizierung ein präventiver Nutzen für die Betroffenen ergeben kann.

Im Rahmen dieses Evaluationsprozesses wird im Verlauf des nächsten Südwestdeutschen Stomakongresses 3/2013 eine ausführliche Berichterstattung unterstützt durch Foto-Dokumentationen von Versorgungsbeispielen folgen. Das Klassifikationssystem in allen Einzelheiten wird demnächst in dieser und weiteren Publikationen der interessierten Fachwelt vorgestellt und erläutert.

Werner Droste

Das erste Mal – Sexualität und Handicap

Jeder kennt die Aufregung, wenn man sich verliebt hat und sein erstes Date hat. Man denkt sehr gerne an den anderen Menschen und hat Schmetterlinge im Bauch, wenn man ihn sieht.

Die meisten Jugendlichen machen sich viele Gedanken vor dem ersten Mal.

Fragen der Mädchen sind häufig: Bin ich überhaupt attraktiv?

Fragen der Jungen sind häufig: Strahle ich Sicherheit und Coolness aus und wenn ja, wie?

Wenn Du ein körperliches Handicap hast, zum Beispiel Spina bifida, magst Du Dich noch Folgendes fragen:

Mädchen und Frauen:

Bin ich attraktiv (Bauch, Beine, Po, Skoliose, Narben)?

Was ist mit der Inkontinenz (Urin/Stuhl) Stört die Spastik?

Kann ich trotz fehlendem/eingeschränktem Spüren erregt sein?

Werden meine Defizite entdeckt?

Jungen und Männer:

Bin ich potent (Errektion/Ejakulation)?

Kann ich meine Partnerin befriedigen?

Bin ich attraktiv (Muskeln, Kraft, Größe, Spastik)?

Bin ich zu Nichtbehinderten konkurrenzfähig?

Was ist mit der Inkontinenz (Urin/Stuhl)?

Das sind Fragen, die vorher mit einer guten Freundin oder Freund oder anderen vertrauten Personen besprochen werden sollten. Denn das vertrauliche Gespräch kann helfen, sich über sich selbst und seine Bedürfnisse und Ängste und Sorgen klar zu werden.

Folgende Tipps können auch sehr



hilfreich sein, damit dem ersten Mal viele weitere folgen:

- Lerne Deine eigenen Bedürfnisse nach Zärtlichkeit und Berührung kennen und lerne es, diese auch zum Ausdruck zu bringen.
- Setz Dich nicht unter Ergebnis und Zeitdruck (z. Bsp: Orgasmus bei mir oder dem Partner).
- Sei gut vorbereitet. Blase und Darm sind entleert. Sorge trotzdem für Unfälle vor.
- Vergesse nicht den wichtigen Empfängnis- und Infektionsschutz!
- Nicht stören lassen (Handy/Eltern)!
- Kleide, schminke Dich, parfümiere Dich so, dass Du Dich attraktiv und sicher fühlst.
- Sprich mit Deinem Partner darüber, was Du möchtest, aber auch darüber, was Dir Angst macht, oder wo Du Scham oder Ekel empfindest.
- Mach kleine Schritte, nicht alles gleich auf einmal wollen.
- Zieht den Geschlechtsverkehr erst in Betracht, wenn beide es uneingeschränkt wollen und für beide die wesentlichen Bedingungen erfüllt sind.
- Angeleitete Traumreisen, die auch den gelähmten Körperteil mit einbeziehen sind geeignet, das beschriebene Phänomen „zu fühlen, wo man

nichts fühlt“ erfahrbar zu machen. Erfahrene, professionelle Anleitung und /oder psychologische Begleitung sind hier sicher hilfreich.

- Geh Deinen eigenen Weg und Dein eigenes Tempo!

Ehrlicher Erfahrungsaustausch kann hilfreich sein und Ängste und Sorgen reduzieren. Wir hoffen, diese Tipps sind eine Hilfe auf dem Weg in eine unbeschwerte Partnerschaft und eine erfüllte Sexualität sein.

Weitere Angebote, kostenlose Expertentipps, Chats und Foren, sowie weitere Links findest Du unter www.asbh.de und unter www.startrampe.de und www.wheel-it.de und www.behindertensexualität.de findest Du kostenlose Expertentipps, Chats und Foren, sowie weitere Links.



Ilona Woelke
Exam. Gesundheits- und Krankenpflegerin
Medical Service GmbH

Selbsthilfeverein für Stomaträger startet Aufklärungskampagne zum Welt-Stoma-Tag 2012

Wir leben mit einem Stoma!

Alle drei Jahre gehört der erste Samstag im Oktober den Stomaträgern – weltweit. Am Welt-Stoma-Tag informieren Veranstaltungen und Aktionen über die Bedürfnisse der Betroffenen und die Herausforderungen, die das Leben mit einem Stoma stellt. Die Selbsthilfe Stoma-Welt e.V. beteiligt sich in diesem Jahr mit einer Aufklärungskampagne, die auch Sie aktiv unterstützen können.

Wie viel Hilfe gerade Neu-Betroffene durch den Erfahrungsaustausch mit anderen Stomaträgern erfahren, erleben die Moderatoren des Selbsthilfe-Internetforums www.Stoma-Forum.de tagtäglich. Diese Unterstützung auch außerhalb des Internets weiter zu geben ist eines der Ziele der am 1. Juli

gestarteten Kampagne der Selbsthilfe Stoma-Welt e.V.

Im Mittelpunkt stehen die Lebensgeschichten von zehn Stomaträgern. Sie berichten, wie es zum Stoma kam, welche Ängste sie begleiteten und wie sie heute mit ihrem Stoma leben. Erfahrungsberichte, die neben den

persönlichen Erlebnissen auch Basiswissen zum Stoma und zur Stomaversorgung vermitteln.

Am 6. Oktober 2012 ist Welt-Stoma-Tag

„Unsere Kampagne ist mit Abstand das spannendste Projekt, das ich bisher begleitet habe“, so Christian Limpert, stellv. Vorsitzender des Selbsthilfevereins. „Wir starten mit einem Konzept und einer leeren Internetseite, sonst nichts. Alles andere entsteht im Verlauf unserer Kampagne bis zum Welt-Stoma-Tag.“

Unter der Internet-Adresse www.Welt-Stoma-Tag-2012.de lässt sich live verfolgen, wie aus den Lebensgeschichten der Stomaträger zehn Erfahrungsberichte entstehen. In einem Blog, einer Art virtuellem

irrimed classic

Der neue akkubetriebene Irrigator zur Stomaversorgung und rektalen Darmspülung

- mit Li – Ion Akku 2,6 Ah
- langer Pumpenlaufzeit
- Schnelllader für kurze Ladezeiten
- Netzspannung 100 bis 240 V weltweit einsetzbar
- große digitale Temperaturanzeige mit LCD



Borkener Straße 50
46342 Velen – Ramsdorf

Tel.: 02863 95024
Fax: 02863 95025

info@schaefers-medizintechnik.de
www.schaefers-medizintechnik.de

Tagebuch, berichten, die an der Kampagne beteiligten, über die laufenden Aktivitäten.

Das Besondere: ab August sind die Erfahrungsberichte dort online zu lesen, bevor sie zum Welt-Stoma-Tag gesammelt in einer Broschüre erscheinen.

„Diese Patienten-Broschüre ist ab Oktober über unseren Selbsthilfverein kostenfrei erhältlich. Damit finden die Erfahrungsberichte den Weg hinaus aus dem Internet direkt zu den neubetroffenen Stomaträgern“, so Christian Limpert.

Weltweite Aktionen

Daneben nimmt die Internetseite der Kampagne Aktionen aus aller Welt in den Fokus, berichtet über Veranstaltungen und stellt die beteiligten Akteure vor. Dabei kommen auch Stomaträger vor Ort zu Wort und berichten darüber, wie sie persönlich den Welt-Stoma-Tag erleben.

Helfen Sie mit!

5.000 mal helfen, das ist das Ziel der Kampagne. In einer ersten Auflage ist der Druck und Versand von 5.000 Broschüren bis zum 6. Oktober geplant. Helfen Sie mit dieses Ziel zu erreichen und unterstützen Sie die Kampagne mit einer Spende. Online über die Internetseite www.Welt-Stoma-Tag-2012.de oder über das hier genannte Spendenkonto. Spender werden auf Wunsch auf der Internetseite zur Kampagne genannt. Bei Fragen zur Kampagne haben wir jederzeit ein offenes Ohr. Danke für Ihre Unterstützung.

Christian Limpert

Spendenkonto

*Empfänger: Stoma-Welt e.V.
Verwendungszweck: Welt-Stoma-Tag
Kontonr.: 17 047 416
BLZ: 560 501 80
Institut: Sparkasse Rhein-Nahe*

*Kontakt: Selbsthilfe Stoma-Welt e.V.
Am Bettenheimer Hof 26
55576 Sprendlingen
Tel.: 06701 200 500 7
E-Mail: verein@stoma-welt.de
Internet: www.Welt-Stoma-Tag-2012.de
Beratungstelefon von und für
Stomaträger: 0800 200 320 105
(gebührenfrei innerhalb DE)*



Die Drei Ziele Behandlung mit Contrain®

Sie sind Stomatherapeut (m/w) und interessieren sich für neue Methoden zur Behandlung analer Inkontinenz? Wir suchen bundesweit qualifizierte Fachkräfte zur freien Zusammenarbeit bei der Behandlung mit unseren Contrain® Geräten.

In zwei randomisierten klinischen Studien wurde nachgewiesen, dass 52 % der Patienten nach der Behandlung mit Contrain® ihren Darmverschluss wieder vollständig kontrollieren konnten. Annähernd weitere 30 % erzielten eine wesentliche Verbesserung.

Dadurch verfügt die Drei Ziele Behandlung über den höchsten wissenschaftlichen Nachweisgrad für eine Therapieempfehlung: Evidenzgrad I.

Diese Ergebnisse sind auch für die Rückverlagerung von Patienten relevant.

Interesse?

Dann nehmen Sie bitte telefonisch mit Frau Alexandra Nebert Kontakt auf oder senden Sie eine email an:



PROCON GmbH
Saseler Bogen 6
22393 Hamburg
Telefon: 0049 40 600 198 50
E-Mail: info@procon-hh.de
Internet: www.procon-hh.de

Weitere Informationen:

www.procon-contrain.de

40 Jahre Deutsche ILCO: ilco DEUTSCHE -Tage 2012 in München



40 Jahre Deutsche ILCO lautete das Motto der 18. ILCO-Tage vom 1.-3. Juni 2012 in München. Am 2. Juni konnte der Vorsitzende der Deutschen ILCO, Prof. Gerhard Englert, über 400 Teilnehmer zur Informationsveranstaltung in der Alten Kongresshalle begrüßen, darunter die Vorsitzenden von Stomaorganisationen aus acht europäischen Ländern.

Bilder: Deutsche ILCO



Grußworte sprachen außerdem Josef Schädle für den PARITÄTISCHEN Wohlfahrtsverband, der Gerhard Englert als „Glücksfall für den Paritätischen“ bezeichnete, und Hannelore Loskill für die BAG Selbsthilfe. Ria Smejers, Präsidentin der Europäischen Vereinigung der Stomaorganisationen EOA, überbrachte Grüße und Glückwünsche von allen Mitgliedsverbänden der EOA. Sie überreichte Gerhard Englert eine Urkunde über den neuen EOA-Fonds, der zu seinen Ehren „Prof. Gerhard Englert-Fonds“ heißt und die Gründung von Stomaorganisationen in Süd- und Osteuropa sowie Afrika unterstützen soll.

Sachkundig und humorvoll führte die Moderatorin Christiane Poertgen durch das weitere Programm.

Zunächst wurde das Augenmerk auf die Situation im Jahr der ILCO-Gründung 1972 gelegt, um daran zu erinnern, wie eingeschränkt die Versorgung mit Hilfsmitteln war, wie problematisch die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und wie wichtig die Unterstützung durch Gleichbetroffene. Renate Truppe schilderte eindrucksvoll, wie sie als 17-jähriges Mädchen 1970 ein Ileostoma erhalten hatte, das mit einer Pelotte versorgt werden musste. Erst als sie andere Betroffene kennen lernte, verbesserte sich ihre Lage.

PD Dr. Arnold, Ehrengast und Initiator für die Gründung der ILCO vor 40 Jahren, wies darauf hin, dass „die größte Her-

ausforderung der ILCO nun die 'Rückverlegten' (gerade nach Darmkrebs) seien“. Es müsse objektive Studien geben, denn „nicht nur die dichte Anastomose ist wichtig“, sondern auch „die Dichtigkeit für den Patienten“.

Die Entwicklungen, an denen die ILCO beteiligt war und ist, wurden an Hand von vier Themenbereichen dargestellt. Die Teilnehmer im Saal wurden in die Diskussion, bei der auch „heiße Eisen“ angepackt wurden, einbezogen.

Beim Thema „Sachgerechte Versorgung mit Stomaartikeln – eine ständige Aufgabe der ILCO“ gab Maria Haß einen Überblick über vier Jahrzehnte ILCO-Arbeit mit eindrucksvoller Bilanz der Interessenvertretung. In der Podiumsdiskussion zwischen ILCO, Krankenkasse, FgSKW und BVMed wurden sowohl Einigkeit als auch gegensätzliche Positionen deutlich.

Herbert Bernert, ILCO-aktiv seit den 70er Jahren, brachte es in seinem Vortrag zur psychosozialen Unterstützung auf den Punkt: „Erst durch die Erfolge, die die ILCO erzielte, haben Stomaträger nicht mehr vor anderen Menschen flüchten müssen!“.

Der Besucherdienst sei ein „Herzstück der ILCO-Arbeit“, um Betroffenen die nötige Zuversicht zu vermitteln. Am Beispiel der Kooperation zwischen einem Darmkrebszentrum und der ILCO benannten Chefarzt, Stomatherapeutin, Psychoonkologin und ILCO-Regionalsprecher, was für eine

Schon vor Beginn der Veranstaltung informierten sich zahlreiche Teilnehmer an den Ständen der ILCO, des Krebsinformationsdienstes, der FgSKW sowie der Stomaartikel-Hersteller.

In seinem Grußwort sagte Dr. h.c. Fritz Pleitgen, Präsident der Deutschen Krebshilfe, dass er während seiner erst kurzen Amtszeit viele eindrucksvolle Menschen kennen gelernt und die ILCO als „große Hilfe für Darmkrebspatienten und starken Pfeiler in der psychosozialen Versorgung von Krebspatienten in ganz Deutschland“ erlebt habe.





gelingende Zusammenarbeit wichtig ist: offen aufeinander zugehen, für die Situation der anderen Verständnis haben und sich gegenseitig wertschätzen.

Aktiv für Darmkrebsbetroffene: Vertreter von Deutscher Krebsgesellschaft, Deutscher Krebshilfe und ILCO diskutierten

die Qualität der Versorgung gerade im Hinblick auf die Einbindung der Selbsthilfe in den Darmkrebszentren. Gewachsenen Anforderungen an die Selbsthilfe stehen auch Risiken gegenüber.

Eindeutig wurde gegen eine stärkere Professionalisierung votiert: Selbsthilfe

müsse ihre ureigenen Wurzeln – Betroffenheit und Ehrenamt – beibehalten, um dauerhaft glaubwürdig zu bleiben.

ILCO international - ASTOM Ukraine: Über die Unterstützung der ASTOM Ukraine durch die ILCO berichteten Helga Englert und Prof. Yuriy Lozynskiy mit eindrucksvollen Bildern von Hilfsmittellieferungen oder Demonstrationen von Stomaträgern vor dem ukrainischen Gesundheitsministerium.

Der Tag klang mit einer fröhlichen Geburtstagsparty in der Kongresshalle aus. Dabei wurde viel geredet und gelacht. Und dank der hervorragenden Band kamen auch alle Tänzerinnen und Tänzer voll auf ihre Kosten.

Maria Hass
Referentin für Öffentlichkeitsarbeit
und Sozialpolitik
Mitglied der Geschäftsführung

Deutsche ILCO e.V. – Bundesverband
Thomas-Mann-Str. 40
53111 Bonn
www.ilco.de



Herzliche Glückwünsche

Wir gratulieren der Deutschen
ILCO zu ihrem 40-jährigen
Jubiläum.

Auch für die Zukunft
wünschen wir alles
Gute und freuen uns
auf die weitere gute
Zusammenarbeit.



Stoma Versorgung individuell nach Maß!

Grundvoraussetzung für eine sichere und zuverlässige Versorgung jeder Stomaanlage ist die Verwendung eines zur Stomaform passenden Hautschutzes. Im Idealfall ist die Stomaanlage exakt kreisrund angelegt. Industriell vorgefertigte Hautschutzmaterialien mit kreisrunder Ausstanzung können hier eingesetzt werden, es ist lediglich eine korrekte Ausmessung der Stomaanlage durch eine Schablone oder eine Schieblehre notwendig. Bei korrekter Durchführung dieser Messung und Auswahl des Versorgungsproduktes mit der entsprechenden Lochgröße wird der peristomale Bereich vollständig, passgenau und lückenlos vom Hautschutz abgedeckt. Bei nicht idealen Stomaanlagen in ovaler oder unregelmäßiger Form ist dieses Vorgehen allerdings nicht möglich. Hier wird das Ausmessen durch den Pflegeexperten oder Stomaträger selbst zur Herausforderung. Mit Schablonen wird eine Anpassung des Versorgungsproduktes an die individuelle Stomaform versucht. Mit Hilfe dieser Schablone werden Umriss des Stomas auf den auszuschneidenden Hautschutz des Versorgungsproduktes übertragen.

Wundheilungsstörungen aufgrund von Nahtdehissenzen und peristomalen Abszessen, sowie bei allen nicht lehrbuchgerechten Ausleitungen des Darmes erfordern diese Anpassung des Ausschnittes durch aufwändige Messvorgänge, die mit hohem Unsicherheitsfaktor verbunden sind.

Diese Handhabungsprobleme für Fachkräfte und Betroffene und das etwaige Hygieneproblem, durch den direkten Kontakt der Schablone mit dem Stoma, ließen hier nach anderen Lösungen suchen.

Mit Blick auf die anzustrebende Selbstpflegekompetenz der Stomaträger bedeutet diese Versorgungssituation eine technische Herausforderung in der Stomatherapie. Der Bedarf an unregelmäßig auszuschneidenden Versorgungsprodukten zeigt sich durch das Serviceangebot

vieler Fachhandelsunternehmen, die ihren Kunden das individuelle Ausschneiden der Versorgungsprodukte als Service anbieten, was gerne und häufig in Anspruch genommen wird.

Die Gesundheits GmbH Deutschland (GHD) hat anlässlich der jüngsten Veranstaltung im Rahmen ihrer Initiative „Stoma 2020“ in München ihre neueste Innovation präsentiert:

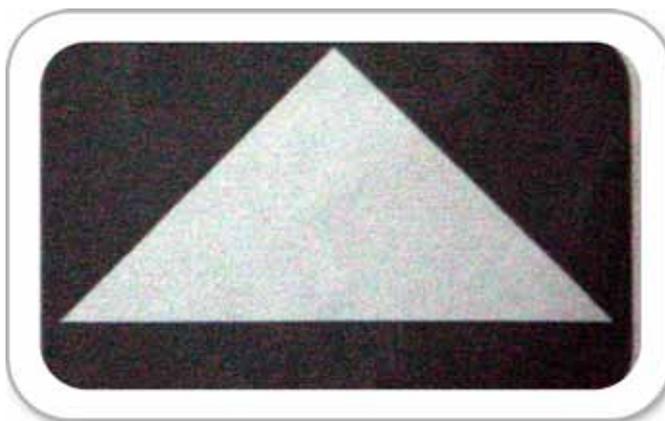
Den Stoma-Scanner!

In Zusammenarbeit mit erfahrenen Software-Unternehmen wurde eine patentierte Software entwickelt, mit deren Hilfe das Ausmessen von Stomaanlagen millimetergenau und präzise ermöglicht wird.

Die Software arbeitet auf Basis des Windows-Betriebssystems Windows 7 und ist so auf allen stationären und tragbaren Windowsrechnern lauffähig.



Der Messvorgang wird während der Erstellung einer digitalen Fotografie durchgeführt und bedient sich eines standardisierenden Dreiecks, welches als Referenzfläche für die umfangreichen Berechnungsprozesse in der Software dient.



Anwendungsablauf

Die Problematik, dass die Basis des Stomas durch die Pilzform kleiner ist als der äußere Rand wird durch automatische bzw. manuelle Korrektur der ermittelten Umrißdaten korrigiert.

Das Verfahren wird momentan in der Praxis getestet, mögliche Vorteile liegen aber auf der Hand:

- Einfache Handhabung
- Hohe Genauigkeit
- Bessere Schnittkante (bei industrieller Fertigung) im Vergleich zum manuellen Ausschneiden
- Sauberes Arbeiten (kein direkter Kontakt der Schablone zum Stoma)
- Kontrolle von Größenveränderungen der Stomaanlage durch ausgedruckte Schablone
- Möglichkeit, schnell eine individuelle Stomaversorgung zu erhalten

Für die Mehrzahl der Stomabetroffenen mit einer Notwendigkeit zum individuellen Ausschneiden der Versorgungsprodukte könnte diese Innovation eine bedeutsame Erhöhung der Versorgungssicherheit und eine erhebliche Stärkung der Selbstpflegekompetenz bedeuten, da das Zuschneiden entfällt!

Autor: Werner Droste

Für weitere Informationen wenden sich Interessierte gerne an:

*Timo Fleischmann
Fachbereichsleitung Stoma-/
Inkontinenzversorgung*

*Geschäftsbereich Docserv
GHD Gesundheits GmbH
Deutschland*

*Fritz Reuter Straße 2
22926 Ahrensburg*

stomascanner@stoma2020.de

www.gesundheitsgmbh.de



DGHO
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR
HÄMATOLOGIE UND ONKOLOGIE

19.–23. Oktober

Jahrestagung 2012 in Stuttgart

ICS Internationales Congresscenter

Landesmesse Stuttgart

Messeplazza 1

70629 Stuttgart

Tel.: +49 30 27 87 60 89-0

Fax: +49 30 27 87 60 89-18

E-Mail: info@dgho.de

www.haematologie-onkologie-2012.de



17. September 2012

Pflegeexperte/in

Stoma – Inkontinenz – Wunde (BB)

w. im bfw –

Unternehmen für Bildung.

Niddastr. 98-102

60329 Frankfurt am Main

Tel.: 0 69-24 26 05 30

www.maxq.net



26.–29. September 2012, Leipzig

International aufgestellt:

64. Deutscher Urologen-Kongress

Stremelkamp 17 – 21149 Hamburg

Tel: 040 – 79 14 05 60

Mobil: 0170 – 48 27 28 7

E-Mail: redaktion@bettina-wahlers.de

www.dgu-kongress.de

www.urologenportal.de

E-Mail: dgk@mcnag.info

www.mcn-nuernberg.de



26.–27. Oktober 2012, ElbeGespräche

**BILDUNG & VERSORGUNG IN DER
ONKOLOGIE**

Veranstaltungsort

Deutsches Hygiene-Museum Dresden

Lingnerplatz 1 / 01069 Dresden

Web: www.dhmd.de

Veranstalter/Information

Nationale Gesundheitsakademie GmbH (NGA)

Claire-Waldoff-Str. 3 / 10117 Berlin

Mail: info@ng-akademie.de

Web: www.ng-akademie.de

Organisation: Kongress- und

Kulturmanagement GmbH, 99407 Weimar

Berliner Büro: Frau Anita Drews

Tel.: 030.652 126-200

Mail: anita.drews@kukm.de



20.–22. September 2012

**7. Jahrestagung Deutsche Gesellschaft
Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin
(DGINA) e.V. in Berlin**

22.–24. November 2012

**22. Jahrestagung der Deutschen
Gesellschaft für Neurorehabilitation e. V.
(DGNR) in Fürth**

5.–8. Juni 2013

**26. Jahrestagung der
Deutschsprachigen Medizinischen
Gesellschaft für Paraplegie e. V.**

Conventus

Congressmanagement &

Marketing GmbH

Carl-Pulfrich-Str. 1

07745 Jena

Tel. +49 (0)3641 31 16 281

Fax +49 (0) 3641 31 16 243

ulrike.kaiser@conventus.de

www.conventus.de



11. Oktober 2012

5. Regensburger Intensivpflegetag

23.–24. November 2012

**3. Internationaler Wundkongress
D–A–CH–EE**

Veranstaltungsmanagement

Elisabeth Schmidt M. A.

Telefon 0941 943-5564

Telefax 0941 943-4929

elisabeth.schmidt@uni-regensburg.de



9.–10. November 2012, Würzburg

**24. Kongress der
Deutschen Kontinenz Gesellschaft e. V.
und 75. Seminar AK Urologische
Funktionsdiagnostik und Urologie der Frau**
Congress Centrum Würzburg
www.kontinenz-gesellschaft.de



10.–12. Oktober 2013

**1. Wund-D.A.CH Dreiländerkongress 2013
in Friedrichshafen**

Wund-D.A.CH

Präsident:

Prim. Univ.-Doz. Dr. med. Robert Strohal

Sekretariat:

Mag. Ilona Fuchs, IFC – Ilona Fuchs Congress

Postfach 6, 1106 Wien

Tel.: +43-1-602 25 48

Fax: +43-1-602 25 48-90

E-Mail office@wund-dach.org



26.–29. September 2012

**64. Kongress der Deutschen Gesellschaft
für Urologie e.V.**

www.dgu-kongress.de



15.–17. Oktober 2013

PFLEGE + HOMECARE LEIPZIG

Leipziger Messe GmbH

Projektteam PFLEGE + HOMECARE LEIPZIG

Tel.: +49 341 678-8233

Fax: +49 341 678-8262

E-Mail: info@pflege-homecare.de

www.pflege-homecare.de

MagSi®

STOMA
KONTINENZ
WUNDE

MAGAZIN

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

Erscheinungsmonate: April, August, Dezember

Jahresabonnement zum Bezugspreis von Euro 15,00 zzgl. Versandkosten.

Das Abonnement verlängert sich automatisch um ein Jahr, wenn keine schriftliche Kündigung zum 30.09. d. J. bei uns eingeht.

Die Bestellung ist innerhalb von 10 Tagen schriftlich widerrufbar.
Es gilt das Poststempel- oder Faxsendedatum.

Ja, ich möchte abonnieren!

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

Geldinstitut:

Kontonummer:

Bankleitzahl:

Unterschrift:

Absenderangaben

Titel:

Name, Vorname:

Straße, Haus-Nr.:

PLZ, Ort:

E-Mail:

Datum:

Unterschrift,
Stempel:

Bitte senden Sie Ihre Bestellung an:

Marianne Franke – Sekretariat

FgSKW (Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde) e.V.
Niklaus-Groß-Weg 6 · 59379 Selm · Postfach 1351 · 59371 Selm

Fax.: 02306-378-3995 · E-Mail: sekretariat@fgskw.org

Nr. 59 · 08/2012



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



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



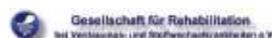
Deutsche Morbus Crohn / Colitis ulcerosa Vereinigung e.V.
Bundesgeschäftsstelle:
Paracelsusstraße 15, 51375 Leverkusen
Tel.: 0214/87608-0
Fax: 0214/87608-88
info@dccv.de – www.dccv.de



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



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



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



Heide KreBe

Fragen zum Umgang mit Schmerz in der Pflege

Pflegerkräfte können zwar keine Schmerztherapie verordnen, aber sie können das Schmerzproblem ihrer Patienten/Bewohner beeinflussen. In diesem Buch finden sich 100 wichtige Fragen und ihre ebenso wichtigen Antworten, zum Beispiel: Was muss ich über Schmerzmedikamente und ihre Wirkungen wissen? Wie sieht die Schmerztherapie bei Demenztanken Menschen aus?

Alle Pflegenden, aber auch die Angehörigen von Schmerzpatienten wissen, dass deren Pflege eine Herausforderung ist und besondere Kompetenz erfordert. Es gibt viele Fragen: Wie begegne ich Patienten oder ihren Angehörigen, wenn das zehnte Schmerzmedikament nicht mehr wirkt? Wie kann ich das Schmerzproblem meines Patienten hilfreich beeinflussen? Dieses kompakte Buch gibt leicht verständliche Antworten – auch für Laien. Dieses Buch sensibilisiert für das Thema Schmerz und die pflegerischen Handlungsmöglichkeiten in der Schmerztherapie. Es entstand aus der praktischen Arbeit und bietet als Nachschlagewerk für die Ausbildung und die tägliche Praxis an.

Die Autorin Heide KreBe ist Pain Nurse, algisiologische Fachassistentin und Leiterin der Pain Academy Augsburg. Sie ist Palliative Care Fachschwester und arbeitet auf Intensivstationen, unterrichtet in Krankenpflegeschoolen und hält seit vielen Jahren Vorträge zum Thema Schmerztherapie.



Sonja Soeder
Prof. Dr. Grace Dorey

Ganz Frau!

Ihr Beckenboden-Buch für erfüllte Sexualität und Kontinenz

Ganz unbeschwert wieder lachen, lieben, leben.

Blasenschwäche muss nicht sein. Sie fühlen sich durch eine „schwache“ Blase verunsichert?

Sie wissen nicht mehr, wie es sich anfühlt, wenn man sorglos Sport treibt oder entspannt ins Theater geht? Und auch Ihre sexuelle Lust leidet unter Ihrer Beckenbodenschwäche? Dagegen hilft dieses gezielte Blasen- und Beckenbodentraining.

- Auf einen Blick: Übersicht über alle Behandlungsmöglichkeiten
- Ganzheitlich und wissenschaftlich: Ausschnitte aus dem Blasen- und Beckenbodentraining des Deutschen Beckenbodenzentrums im St. Hedwig Krankenhaus Berlin
- Mit „The Knack“ und weiteren Übungen: Den Beckenboden gezielt festigen und entspannen

Die Gesundheitstipps weisen den Weg zum achtsamen Umgang mit sich selbst und zu einer genussvollen, unbeschwertem Sexualität.

Sonja Soeder ist leitende Physiotherapeutin am Deutschen Beckenboden-Zentrum, St. Hedwig Krankenhaus in Berlin. Prof. Dr. Grace Dorey gilt als die Beckenboden-Koryphäe. Sie ist Physiotherapeutin und emeritierte Professorin für Physiotherapie an der Universität Bristol, Großbritannien.



Sonja Fröse

Was Sie über Pflegeberatung wissen sollten

Wie „geht“ eigentlich Beratung in der Pflege? Es gibt viele Bücher zu einzelnen Themen, aber kaum eines, das die Beratung an sich behandelt.

Dieses Buch verfolgt den ganzheitlichen Ansatz. Neben der Beratung umfasst es alle dafür wichtigen Themen: aktuelle Expertenstandards, die Reform der Pflegeversicherung sowie die aktuellen Wohn- und Betreuungsangebote für Senioren, speziell für demenziell Erkrankte. Die konkrete Beratungssituation (Pflegebedürftige und pflegende Angehörige) schildert die Autorin besonders ausführlich. Leicht verständlich geschrieben und immer an der Praxis orientiert, vermittelt das Buch Pflegekräften alles, was sie über die Pflegeberatung wissen sollten, um umfassend, kompetent, aktuell und sachgerecht zu arbeiten.

Aus dem Inhalt

- Konzepte der Pflegeberatung
- Der Berater
- Dokumentation der Beratung
- Pflegehilfsmittel
- Leistungen der Pflegeversicherung
- Beratung in sozialrechtlichen Fragen und finanziellen Hilfen
- Pflegende Angehörige
- Wohnraummanagement

Die Autorin Sonja Fröse ist Krankenschwester und Qualitätsbeauftragte. Sie arbeitete als PDL in der ambulanten Pflege in Berlin und ist seit vielen Jahren in der Beratung von Patienten und Angehörigen tätig.

„KÖRPERBILDSTÖRUNGEN“

Wie in den zurückliegenden Weiterbildungszyklen hatten auch die TeilnehmerInnen im Kurs 11-13 der Weiterbildung „Pflegeexperten Stoma · Inkontinenz · Wunde“ am Bildungszentrum Ruhr in der Mitte ihrer Ausbildung die Aufgabe, vorgegebene Themen in Gruppen zu erarbeiten und die Ergebnisse im Rahmen einer Einladungsveranstaltung zu präsentieren.

Dieses Mal drehte sich thematisch alles um „Körperbildstörungen“ bei Betroffenen in den Fachgebieten der Weiterbildung. So wurde die Rolle der Pflegenden hierbei ebenso im Allgemeinen beleuchtet wie auch im Speziellen, z.B. bei Patienten mit Stuhlinkontinenz nach einer Stomarückverlagerung, mit chronischen Wunden oder auch mit Sexualfunktionsstörungen nach radikaler Prostatektomie.

In sehr anschaulicher Weise wurden die Problemfelder dargestellt, nicht zuletzt auch durch eindrucksvolle Rollenspiele (s. Fotos).

Die Besucher der Präsentation konnten neben den Begegnungen mit früheren TeilnehmerInnen und BerufskollegInnen auch einige Anregungen für die eigene Praxis mitnehmen.

Der aktuelle, neue Weiterbildungskurs (12-14) befindet sich seit Ende April auf dem Weg ...

Thomas Boelker





Erfolgreicher Abschluss des 4. Lehrganges Pflegeexperten Stoma • Inkontinenz • Wunde

Am 29. 06. 2012 hat bereits der 4. Lehrgang der Pflegeexperten Stoma • Inkontinenz • Wunde, den maxQ. im bfw – Unternehmen für Bildung in Kooperation mit der FgSKW durchführt, mit 16 TeilnehmerInnen erfolgreich abgeschlossen.

Zwei Jahre anstrengender Arbeit, aber auch informativer Theorie- und Praxisblöcke führten über 977 Puzzleteile zu einem Gesamtbild der Pflegeexpertise Stoma • Inkontinenz • Wunde.

Im Beisein des Vorsitzenden der FgSKW – Herrn Werner Droste – präsentierten die TeilnehmerInnen ihre Abschlussarbeiten auch vor ihren Arbeitgebern und PraxisstellenleiterInnen im Rahmen einer Einladungsveranstaltung, insgesamt waren über 40 Personen anwesend. Die Themen zeigten das breite Spektrum der pflegerischen Expertise in der Versorgung von Menschen mit Stomaanlagen im Magen-Darm- und Harntrakt, bei Inkontinenzproblemen und in der Versorgung chronischer Wunden verschiedenster Ursachen.

Auch die unterschiedlichsten Bearbeitungsmöglichkeiten – vom konkretem Fallbeispiel über die Entwicklung von Darmzentren, Implementierung einer Stomasprechstunde, Aufbau einer Selbsthilfegruppe, Entwicklung von Infoblättern und Leitfäden sowie Versorgungsmöglichkeiten der analen Inkontinenz wurden vorgestellt.

Hervorzuheben ist, dass auch die ‚Randmodule‘ der Weiterbildung – Ernährung, Onkologie und Schmerztherapie – in die Themenauswahl einbezogen waren.

Die Pause zwischen den Präsentationen wurde zur Darstellung von ‚Seitenaktivitäten‘ der TeilnehmerInnen genutzt – auch das Spektrum der Exkursionen (u.a. Kongress der Deutschen Kontinenzgesellschaft, Druckkammerzentrum) und das selbst organisierte Bergfest wurden

mit eindrucksvollen Bildern dargestellt. Aber auch für Gespräche der geladenen Gäste untereinander war ausreichend Platz.

Den Abschluss gestaltete der Kurs mit einem Lied – nach der Melodie von ‚Unheilig‘ – umgetextet auf ‚Wir sind geboren um zu kleben‘.

Für alle Absolventen gab es zum offiziellen Abschluss neben den Zertifikaten und einem Präsent der Fachgesellschaft noch ein ‚Kursbuch‘ mit den Steckbriefen der einzelnen TeilnehmerInnen und ‚Highlights‘ aus den Unterrichten verschiedener DozentInnen.

Am 17. 09. 2012 startet bereits der 6. Kurs in Frankfurt/Main - noch sind Plätze frei!

Brigitte Meister

Bild: FgSKW

1. Refresher für Pflegeexperten Stoma-Kontinenz-Wunde in Kassel

In der Zeit vom 29. 6. – 1. 7. 2012 fand in Kassel der erste „Refresher“ für weitergebildete Enterostomatherapeuten statt.

Eingeladen wurde in die Villa Seeberg, ein kleines, charmantes Hotel mit eigener Bioküche. Es kamen 15 ehemalige WeiterbildungsteilnehmerInnen aus unterschiedlichen Kursen (2003-2011). Gemeinsam mit den Dozentinnen Gabriele Hofmann, Gabi Gruber, Susanne Wildhagen, Andrea Schmidt-Jungblut und den Produktvorstellungen der Firmen Coloplast, Convatec, Dansac und Hollister, kam folgendes Programm zustande:

Freitag:

- Pyoderma gangränosum
- Fallbesprechungen
- Assessmentinstrument SACS

Samstag:

- Neue Medien für die Stomapflege
- Psychoonkologie

Sonntag:

- Berufspolitische Aspekte im Vergleich: Akutkrankenhaus, Homecare und Rehaklinik
- Selfcare „Wielange will ich noch die eierlegende Wollmilchsau sein?“

Am Samstagabend haben wir von 17.00-20.00 Uhr mit freundlicher Unterstützung der genannten Firmen eine Documentaführung in zwei Gruppen gemacht und damit die Vorzüge Kassels zu Zeiten der Weltkunstausstellung kennen gelernt und genossen. Dazu hatten wir dann noch weitere Dozenten eingeladen. Kommen konnten: Fr. Dr. Seger, Urologin; Elke Kallweid-Dittmann, Kommunikation und Inge Wilmsmeier, EDV.

Wie die Fotos zeigen, wurden wir während der Pausen mit Kaffee, Tee und Kaltgetränken sowie abwechselnden Pausensnacks und wunderbaren Biobuffets, die wir im hauseigenen Garten einnehmen konnten, verwöhnt. Während der Themenvorträge, die mit großem Engagement aller Beteiligten durchgeführt wurden, kamen interessante Diskussionen zustande, so dass Win-Win Situationen für Dozenten und Teilnehmer entstanden. Ganz besonders von Interesse waren die Inhalte des Psychoonkologievortrages von Susanne Wildhagen, Ärztin, Psychoonkologin im Elisabethkranken-

haus Kassel und Psychotherapeutin in eigener Praxis.

„Die Psychoonkologie ist heute aus der modernen Krebstherapie nicht mehr wegzudenken. Sie versteht sich als ein Teilgebiet innerhalb eines ganzheitlichen Behandlungskonzeptes. Dabei beschäftigt sie sich mit den emotionalen Reaktionen der Betroffenen und deren Angehörigen. Dazu gehören Beratung, Behandlung und Begleitung. Dies gilt im Besonderen in der palliativen Phase, in der der interdisziplinäre Austausch deutlich stärker in den Vordergrund rückt. So ist Psychoonkologie eine Begleitung im Sinne stetiger Anpassung und Veränderung“, so Susanne Wildhagen. Ein hilfreiches Gedicht von Hilde Domin gibt sie uns mit auf den Weg:

„Nicht müde werden, sondern dem Wunder leise, wie einem Vogel die Hand hinhalten“.

In diesem Vortrag wurde für uns klar, wie wichtig es ist, dass wir uns „menschlich und nahbar“ machen für die Betroffenen, wie wichtig eine akzeptierende Haltung und Rituale sind, wie wichtig und beziehungsfördernd die Gefühle von Geborgenheit und Vertrauen sind, um Wachstum trotz Bedrohung und die Fähigkeit „anzunehmen was ist“ zu erlernen und erleben zu können.

Wir haben gelernt, was Angst im Gehirn auslöst, welche Aufgaben hier Stammhirn, limbisches System, Amygdala, Hippocampus und Neocortex haben. Was Stress mit uns macht, welche Schutzmechanismen unser Körper bereit hält und was passiert, wenn diese nicht mehr greifen können bei einer „Überflutung“.

Wir wurden vertraut gemacht mit den drei Arten des Vertrauens:

Dem Vertrauen in mich selbst „es wird weitergehen; ich habe die Erfahrung

Diakonisches Institut für Soziale Berufe



- ▶ **Wundexperte ICW – Basisseminar**
Beginn: 17. September 2012 in **Stuttgart**
- ▶ **Pflegetherapeut Wunde – Aufbau-seminar**
Beginn: 4. Dezember 2012 in **Dornstadt**
- ▶ **Wundexperte ICW – Basisseminar**
Beginn: 13. März 2013 in **Dornstadt**
- ▶ **Pflegeexperte Stoma • Kontinenz • Wunde**
Beginn: 6. Mai 2013 in **Dornstadt**

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



Von hinten nach vorne: Andrea Schmidt-Jungblut, Inge Markus, Sylvia Kraushaar, Hans-Jürgen Markus, Gabi Gruber, Sylvana Brendler, Ingrid Altmann, Andrea Schiller, Marlis Grubor, Gabi Feldmann, Sabine Müller, Daniela Hulsch, Gabi Schmale, Andrea Adamek, Christiane Taubert, Maria Gaudek

gemacht, Probleme bewältigen zu können ..."

Dem Vertrauen in Andere, die mich unterstützt haben und unterstützen werden, auf die ich mich verlassen kann.
Dem Vertrauen, das mir Religion, Spiritualität, Gebet, Meditation geben.

Die Unterschiede zwischen Angst, Furcht, Panik und Trauma wurden uns dargelegt und nicht zuletzt Interventionsmöglichkeiten der Psychoonkologie.

Die Zertifizierung zum Darmzentrum stellt die Bedingung des niederschweligen Angebotes der Psychoonkologie, dieses auszufüllen auf vielfältige Art, vernetzt mit Palliative Care und Palliativ Medizin stellte uns Frau Wildhagen sehr eindrücklich vor.

Der Umgang mit Kindern und ihren krebserkrankten Eltern, grundsätzlich der Umgang mit Angehörigen war ebenso Thema wie die Frage „Wieviel Traumamaterial trägt ein Patient mit sich?“ Die Vorstellung des Disstress-Thermometers, welches als Assessmentinstrument der subjektiven psychischen Befindlichkeit genutzt werden kann, gab uns auch einen interessanten Hinweis für unsere eigene, ganz persönliche Stresssituation – als gesunder Mensch.

Zuletzt erhielten wir noch interessante Buchtipps, wie z. B. Was macht der Krebs mit uns, Sabine Brütting, ISBN 978-3-86739-064-4
Insgesamt war es ein sehr lebendiges, von Austausch und geballtem Wissen

gefülltes Wochenende, das sicher noch einige Zeit nachwirken wird.
Alle Vorträge und Workshops wurden mit sehr gut bis gut bewertet.
Ein Erlebnis und Ergebnis, das Mut macht, gleich im nächsten Jahr wieder



Vordergrund:
Lidija Gjorgijewa, Gabriele Gruber, Stefan Rininsland, documenta
13 Companion;
Hintergrund:
Daniela Hulsch, Hans-Jürgen Markus, Sylvana Brendler



Von links nach rechts: Fr. Wildhagen, Gabi Schmale + Ehemann, Marlis Grubor, Gabi Feldmann, Sylvia Kraushaar, Fr. Altmann, Maria Gaudek, Andrea Adamek, documenta 13 Companion

Bilder: Andrea Schmidt-Jungblut



Linke Tischseite:
Annellen Wetz,
Ingrid Altmann,
Gabi Feldmann;
Rechte Tischseite:
Sabine Müller,
Andrea Schiller,
Maria Gaudek,
Sylvana Brendler



Vordergrund:
Daniela Hulsch,
Christiane Taubert,
Inge Markus,
Andrea Schiller,
Sabine Müller;
Mitte: documenta
13 Companion,
Fr. Dr. Seger,
Doz. Elke Dittmann
(verdeckt)
Hintergrund:
Hans-Jürgen Markus

einen Refresher anzubieten, zu dem wir sehr gerne auch „Nicht-DAAler“ herzlich einladen.

Die Themen unseres nächsten Refreshers werden auf Wunsch der diesjährigen Teilnehmer folgende sein:

- Beckenbodentraining
- Interventionen der Psychoonkologie, Teil 2
- Gewaltfreie Kommunikation
- Fistelversorgung
- Entspannungsübungen

Die Planung sieht das erste Juniwochenende (31. 5. - 2. 6. 2013) vor, die Kosten werden bei 250 € plus Unterkunft liegen.

Mit einem herzlichen Dankeschön an alle Beteiligten und ganz lieben Grüßen aus der DAA an unsere Teilnehmer und

Ehemaligen überall in der Welt, verbunden mit guten Wünschen und viel Kraft für das manchmal „wilde Tier, das Leben heißt“ (Else Müller).



Andrea Schmidt-Jungblut
Leitung der Weiterbildung
„Pflegeexperte Stoma-Kontinenz-
Wunde“ an der Deutschen Angestellten
Akademie, Kassel, Angersbachstr. 4
Andrea.Schmidt-Jungblut@daa.de

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

Diakonisches Institut für Soziale Berufe

Frau Brigitte Sachsenmaier

Bodelschwingweg 30

89160 Dornstadt

Tel.: + 49 73 48 98 74 0

Fax: + 49 73 48 98 74 30

E-Mail: info@diakonisches-institut.de

www.diaakonisches-institut.de

DAA – Deutsche Angestellten Akademie

Institut Nordhessen/Zweigstelle Kassel

Frau Andrea Schmidt-Jungblut

Angersbachstr. 4

34127 Kassel

Tel.: + 49 561 807 06 0

Fax: 0561 80706-188

E-Mail: Andrea.Schmidt-Jungblut@daa.de

www.daa-kassel.de

maxQ im bfw

Unternehmen für Bildung

Frau Brigitte Meister

Niddastr. 98-102

60329 Frankfurt

Tel.: 069 24 26 05 32

Fax 069 24 26 05 34

E-Mail: meister.brigitte@maxq.net

www.maxq.net

Bildungszentrum Ruhr

Institut für Bildung und Management im Gesundheitswesen

Sekretariat Fr. Marion Lach

Hospitalstr. 19

44694 Herne

Tel.: + 49 2325 986 2738

Fax: + 49 2325 986 2739

E-Mail: sekretariat@bildungszentrumruhr.de

www.bildungszentrum-ruhr.de

Wannsee-Akademie

Frau Iris Zeyen-Rohrbeck

Zum Heckeshorn 36

14109 Berlin

Tel.: 030 80 686-041

Fax: 030 80686-404

E-Mail: IZR@wannseeschule.de

www.wannseeschule.de

Mathias Hochschule Rheine

Akademie für Gesundheitsberufe

Herr Andreas Holtmann

Frankenburgstr. 31

48431 Rheine

Tel.: 05971/42 1172

Fax: 05971/42 1116

E-Mail: a.holtmann@mathias-spital.de

www.mathias-stiftung.de

segema GmbH & Co KG

Seminare Gesundheit Management

Frau Gabriele Koch-Epping

Julius-Doms-Str. 15

51373 Leverkusen

Tel.: 0700/73436200

Fax: 0214/8685210

E-Mail: info@segema.de

www.segema.de

MAXIMALE QUALIFIZIERUNG FÜR MAXIMALEN ERFOLG



Jetzt anmelden zu den maxQ. Weiterbildungen:

■ Pflegeexperte/in Stoma · Inkontinenz · Wunde

in Kooperation mit der FgSKW Fachgesellschaft Stoma · Inkontinenz · Wunde

Beginn 17.09.2012 **berufsbegleitend**

■ Führen und Leiten – staatlich anerkannt

▪ Stations- oder Gruppenleitung im Pflegedienst

▪ Leitung ambulanten Dienst

▪ Pflegedienst- / Einrichtungs- / Heimleitung

Beginn 22.10.2012 **in modularisierter Form**



Weitere Informationen erhalten Sie unter:

maxQ. im bfw - Unternehmen für Bildung.

Frankfurt am Main Tel. 069. 24 26 05 30

frankfurt@maxq.net www.maxq.net

Stomabandagen – kennt doch jeder?!

Mit der Firma Basko Healthcare stehen dem Markt seit mehr als 25 Jahren Stomabandagen der Serie „StomaCare™“ zur Verfügung.



StomaCare™-Bandagen
HMV Pos.-Nr.: 05.11.03.2008



StomaCare™-Protector

Die Indikationen lassen sich in zwei Schwerpunkte aufgliedern:

1. Prophylaxe

- Zur postoperativen Unterstützung der Bauchwand
- Bei bestehender Bauchdeckenschwäche
- Bei körperlichen Aktivitäten, die auf Grund des Bewegungsablaufes die gerade Bauchmuskulatur stark beanspruchen (z.B. Gartenarbeit, sportliche Aktivitäten, berufsbezogene Arbeiten)
- Bei körperlichen Aktivitäten, die mit mehr als 5-10 kg Gewichtheben einhergehen (z.B.: Einkauf, Hausarbeit, berufsbedingtes Gewichtheben)

2. Therapie

- Bei bereits bestehenden Hernien im Narben- und/oder Stomabereich

Da mit den StomaCare™-Bandagen sowohl **Fertigfabrikate** als auch **Halbfertigfabrikate** vorliegen, kann ein sehr großes Spektrum an unterschiedlichen Körperformen abgedeckt werden.

Maßgefertigte Korsetts sind dann erforderlich, wenn auch die halbfertigen Produkte durch Nacharbeiten nicht korrekt angepasst werden können.

Die Produkte haben eine Hilfsmittelnummer, der Festpreis für Bandagen beträgt

ca.120 €, je nach Krankenkassenvertrag. Auch das Nacharbeiten, z.B. Veränderungen an der Stomaaussparung oder das Einnähen von Abnähern, wird von den Kassen getragen.

Mit dem **StomaCare™-Protector** wird dem Betroffenen ein zusätzlicher Schutz vor Druck geboten. Beim Autofahren wird der Druck durch den Dreipunktgurt verringert. Auch kann die Ausscheidung ungehindert abfließen, da der Gurt die Stomaöffnung nicht direkt bedeckt.

Interessant finde ich auch die **Easy-Opener-Modelle**. Durch den speziell gearbeiteten Verschluss unterhalb der Stomaöffnung lässt sich manches Mal das Ablegen der Stomabandage beim Beutelwechsel vermeiden oder erleichtert diesen deutlich.



StomaCare™-Bandage: EasyOpener

Jedoch, was nützt die schönste Bandage, wenn sie nicht zum Einsatz kommt?! Damit meine ich nicht, dass Bandagen zu selten verordnet werden. Nein; ich erlebe weit häufiger, dass sie nicht getragen werden. Die Gründe dafür sind unterschiedlich:

- Mangelnde Aufklärung über die Notwendigkeit des Tragens.

- Betroffene nehmen die Gewichte nicht wirklich wahr oder verharmlosen sie.
- Mangelnde Akzeptanz beim Tragen – sei es wegen des unbequemen Beutelwechsels, oder weil die Bandage einfach nur als störend empfunden wird.
- Meistens jedoch, weil die Bandagen nicht korrekt angepasst wurden!

Korrektes Maßnehmen ist so wichtig! Und das ist seit kurzem ganz einfach: Die **StomaCare™-Leibmaß-Bandage** ist ein Mittel, um den korrekten Umfang zu ermitteln und um besser einschätzen zu können, an welchen Stellen unter Umständen korrigiert werden muss. Der Träger bekommt darüber hinaus einen ersten Eindruck von seinem künftigen Begleiter.

Auf simplem Weg kann mittels dieser Leibmaß-Bandage die Anprobe bequem gestaltet werden. So wird idealerweise im Liegen, im Stehen und im Sitzen während der Anprobe ermittelt, wie gut die Stomabandage in der Höhe und im Beinausschnitt sitzt.

In der Praxis erlebe ich regelmäßig Bandagen, die nicht korrekt sitzen. Das ist schade, denn so landen die nützlichen Teile im Schrank oder werden nur mit starkem Widerwillen getragen! Viele dieser "abgemessenen" Bandagen würde ich allerdings auch nicht tragen wollen:

- So manches gute Stück wurde nur im Liegen abgemessen, was zur Folge hatte, dass der im Liegen nicht zutage getretene Bauch im Stehen wieder vorhanden war und den Betroffenen dann das Gefühl gab, ein Kleidungsstück zu tragen, was mindestens eine Nummer zu klein ist.
- Modelle, deren Höhe so niedrig waren, dass die Stomaaussparung mit der Bandage endete, bzw. unwesentlich darüber Platz lag, führten leider dazu, dass an den darüber oder darunter liegenden freien Körperflächen ein erheblicher Druck entstand und genau jene Hernien nach oben oder unten regelrecht herausgedrückt wurden. Mangelnder Appetit war auch häufiger der Fall, da der Magen zu weit nach oben gedrückt wurde.
- Was nützt es, wenn die Weite und/oder Höhe zwar stimmen, aber das Ende der Bandage vom Körper absteht – sowohl am Oberbauch als auch am caudalen Ende. Dabei hätte hier ein Abnäher Abhilfe schaffen können!

■ Häufig sagen mir Patienten, dass sie mit der Bandage nicht sitzen können und diese nur beim Laufen tragen, da sie wegen der auftretenden Beschwerden die Bandage nicht akzeptieren können. Hier ist leider versäumt worden, an Beinaussparungen zu denken, die eine sitzende Position ermöglichen.

Kompromisse müssen sein, das sehe auch ich ein, wie beispielsweise bei dem Koch, der eine Ileostomie ziemlich tief im rechten Unterbauch hat und weder ein maßgefertigtes Korsett noch eine korrekte Leibhöhe aus Gründen der Beweglichkeitsabläufe akzeptieren konnte. Hier wurde mit einer 15 cm hohen Stoma-Care-Bandage ein Kompromiss gefunden. Dem Patienten ist die zu niedrige Höhe bewusst, er empfindet aber immerhin eine deutliche muskuläre Entlastung im großen Hernienbereich.

Ein anderer Betroffener trug seine notwendige Bandage nicht, weil er einer sitzenden Tätigkeit nachgeht und dabei die Bandage im Beinbereich umknickte und ihm Schmerzen und Druckstellen bereitete.

Manchmal kann es auch hilfreich sein, einen oder mehrere Stabilisierungsstäbe aus der Bandage zu entfernen. Wenn dies zu einer größeren Akzeptanz führt, die Leibbinde - vor allem bei einer bestehenden Hernie - regelmäßig zu tragen, ist ein gelungener Kompromiss gefunden!

Einen in meinen Augen auftretenden Makel haben allerdings alle Bandagen, bedingt durch das Material. Zwangsläufig wird bei wärmeren Temperaturen oftmals darin geschwitz. Betroffene fühlen sich häufig "nass", "feucht". Abhilfen werden schon geschaffen mit Unterhemden, in die ein Loch geschnitten wird, damit sie, unter der Bandage getragen, den Schweiß aufnehmen können. Vielleicht wäre es möglich, einen Überzug für die Bandage zu gestalten, der Feuchtigkeit aufnimmt und bei Bedarf ausgetauscht werden kann?!

Fazit

Eine korrekt angepasste Stomabandage mit Stomaaussparung wird von den Betroffenen im prophylaktischen wie auch im therapeutischen Bereich in der Regel gut angenommen, wenn der Betroffene ausreichend über das "Warum" des Tragens informiert wurde und wenn er ein gut sitzendes Produkt erhalten hat.



Neue Coloplast Pflegeschutz-Serie Brava™

Extra Schutz und sanfte Pflege für die Haut

Stomaumgebende Haut ist besonders anspruchsvoll. Mit Brava™ bietet Coloplast jetzt eine umfangreiche und hochqualitative Pflegeschutz-Serie an. Stomaträger können nun aus dem vielseitigen Sortiment genau die Produkte auswählen, die ihre individuellen Bedürfnisse am besten erfüllen.

Der Kontakt mit Ausscheidungen, mechanische Reizungen durch Beutelwechsel oder stark nässende Haut können die stomaumgebende Haut stark beanspruchen. Die Pflegeschutz-Serie Brava macht es leicht, Leckagen (Undichtigkeiten) zu vermindern, die stomaumgebende Haut sicher vor Hautirritationen zu schützen sowie optimal zu pflegen.

Sie umfasst Produkte zur Verminderung von Leckagen wie den neuen Brava Modellierbaren Hautschutzring, die Brava Modellierstreifen, den neuen Brava Elastischen Fixierstreifen, zwei verschiedene Brava Gürtel sowie Produkte zum Schutz und der Pflege der Haut. Hierzu gehören der Brava Pflasterentferner, der Brava Hautschutz, die Brava Schutzcreme, die Brava Hautschutzplatten und das neue Brava Hydrokolloid-Puder.

Alle Produkte sind sehr hautfreundlich, enthalten keinen Alkohol und sind einfach anzuwenden. Zur besseren Orientierung wurden alle Zubehörprodukte einheitlich unter dem Markennamen Brava zusammengefasst und mit einem neuen, anwenderfreundlicheren Design versehen. Auf vielen Produktverpackungen sind jetzt z.B. bebilderte Gebrauchsanweisungen angebracht.

Ausgewählte Produkte aus der Brava™ Pflegeschutz-Serie:

Neu: Brava™ Modellierbarer Hautschutzring

Der Brava Modellierbare Hautschutzring hat jetzt eine neue Zusammensetzung



Der Brava Modellierbare Hautschutzring ist äußerst beständig, lässt sich sehr gut modellieren und dichtet die Versorgung sicher ab.

und ist dadurch äußerst beständig. Er löst sich bei Kontakt mit Ausscheidungen nicht auf, lässt sich sehr gut modellieren und dichtet dadurch die Versorgung zuverlässig ab. So kann sich der Stomaträger ganz sicher fühlen und braucht keine Angst vor einem ungeplanten Beutelwechsel zu haben.

Neu: Brava™ Elastischer Fixierstreifen



Der Brava Elastische Fixierstreifen hält die Stomaversorgung sicher an ihrem Platz und gibt gleichzeitig viel Bewegungsfreiheit, da er den Körperbewegungen folgt.

Der neue Brava Elastische Fixierstreifen hält die Stomaversorgung sicher an ihrem Platz und gewährt gleichzeitig viel Bewegungsfreiheit, da er den Körperbewegungen folgt. Das hautfreundliche Material nimmt viel Feuchtigkeit auf und sorgt so dafür, dass die Haut gesund bleibt.

Neu: Brava™ Hydrokolloid-Puder

Wenn die Haut um das Stoma herum nässt, gibt es mit dem Brava Hydrokolloid-Puder jetzt eine Möglichkeit, dies effektiv zu behandeln. Das Hydrokolloid-Puder nimmt Feuchtigkeit von der stomaumgebenden Haut auf und hält sie trocken. Damit wird Hautirritationen wirksam vorgebeugt und der Hautzustand verbessert.

Brava™ Pflasterentferner

Den Pflasterentferner gibt es als Spray sowie in praktischen Tüchern. Die Versorgung und Kleberückstände werden sanft und schonend entfernt und die Haut dadurch entlastet. Der Pflasterentferner brennt nicht auf der Haut und trocknet in Sekunden, so dass die nachfolgende Versorgung sofort sicher haftet.

Brava™ Hautschutz



Der Hautschutz bildet einen sanften Schutzfilm auf der Haut und schützt diese vor Stomaausscheidungen und Haftmaterial.

Der Brava Hautschutz – auch als Spray und in Tüchern verfügbar – bildet einen sanften Schutzfilm auf der Haut, der diese vor Stomaausscheidungen und Haftmaterial schützt. Beim Entfernen der Versorgung wird der Film komplett mit abgelöst, so dass sich keine übereinanderliegenden Schichten bilden.

Brava™ Schutzcreme

Die Schutzcreme – jetzt mit neuer Zusammensetzung – hilft bei trockener, irritierter oder wunder Haut. Sie bildet eine schützende Schicht, spendet Feuchtigkeit und ist sehr hautfreundlich. Die nachfolgende Versorgung haftet problemlos.

Brava™ Hautschutzplatte

Die Hautschutzplatten sind besonders hautfreundlich. Sie dienen zum zusätzlichen Abdecken der stomaumgebenden Haut und zeichnen sich dadurch aus, dass sie viel Feuchtigkeit aufnehmen können. Zusätzlich schützen sie vor Irritationen oder unterstützen die Heilung bereits irritierter Hautstellen.

Weitere Informationen:

Coloplast GmbH
Tel.: 040 669807 77
E-Mail: devks@coloplast.com
www.brava.coloplast.de

irrimed classic

Der neue akkubetriebene Irrigator für Stoma- und Rektalirrigation

von der Firma Dipl.- Ing. H. Schaefers Medizintechnik GbR.

Seit 1988 fertigt die Firma Dipl. - Ing. H. Schaefers Medizintechnik GbR akkubetriebene Irrigationspumpen, die sowohl für die Stoma- als auch für die Rektalirrigation bestens geeignet sind.

Dieses Medizinprodukt erleichtert vielen tausend stuhlinkontinenten Patienten ihren täglichen Alltag. Um sie noch besser zu unterstützen war nach über 25.000 produzierten Irrigationspumpen eine neue Überarbeitung erforderlich. In enger Zusammenarbeit mit Pflegekräften und Anwendern haben wir den langjährig bewährten akkubetriebenen Irrigator modernisiert und die technischen Details auf den neuesten Stand gebracht.

Bewährte Funktionen und Vorteile gegenüber der Schwerkraftirrigation sind natürlich geblieben:



- keine Aufhängevorrichtung erforderlich
- schneller Wassereinfluss speziell bei Problemstomata
- räumliche Unabhängigkeit
- leichte Bedienbarkeit
- bessere Entleerung und damit längere stuhlgangfreie Zeit

Das bewährte Äußere der Irrigationspumpe hat sich nur geringfügig geändert. Entscheidend ist die technische Aufwertung des Innenlebens.

So wird die Wassertemperatur digital auf einer großen LCD-Anzeige gut lesbar dargestellt.

irrimed classic ist mit einem leistungsstarken 2,6 Ah Li-Ion Akku ausgerüstet, so dass auch mehrfach Spülungen möglich sind. Dieses ist für Patienten, die rektal spülen zum Teil von sehr großer Bedeutung. Zudem hat dieser Akku eine wesentlich längere Lebensdauer als das bisher eingesetzte Modell.

Der Akku kann mit dem zugehörigen Schnelllader in max. 3 Stunden wieder vollständig geladen werden. Dies ist nicht nur auf Reisen von großem Vorteil. Eine optische Anzeige im Schnelllader signalisiert Ihnen den Ladezustand des Akkus.

Bei irrimed classic haben wir die Ladesteckdose seitlich angebracht, um maximalen Spritzwasserschutz zu erreichen.

Mit diesen Verbesserungen können alle stuhlinkontinenten Patienten ob sie Stomaträger sind oder rektal spülen, auf einen modernen, runderneuterten und gleichzeitig seit Jahren erprobten Irrigator vertrauen – für ein bequemes und unkompliziertes Leben.

irrimed classic wird in 2 Varianten angeboten. Das Grundkonzept der Pumpe ist immer das gleiche. Es wird nur für den speziellen Anwendungsfall das entsprechende Zubehör beigelegt.

irrimed classic für Stomairrigation:

Bestellnr.: 4000 PZN 939 6608
Hilfsmittelnr.: 29.26.08.1005

irrimed classic für Rektalirrigation:

Bestellnr.: 5000 PZN 953 6883
Hilfsmittelnr.: 03.36.01.2002

irrimed classic wird komplett in den Werkstätten Haus Hall gefertigt, einer bischöfliche Stiftung, in der Menschen mit Behinderungen Beschäftigung und Unterstützung finden.

Weiter Informationen:

Dipl. Ing. H. Schaefers
Medizintechnik GbR
Borkener Str. 50
46342 Velen-Ramsdorf
Tel: 02863 95024
Fax: 02863 95025
info@schaefers-medizintechnik.de
www.schaefers-medizintechnik.de

Mit Evidenz zur Kontinenz

Die Drei Ziele Behandlung mit Contrain®

Nach der Rückverlagerung einer Stomaanlage leiden bis zu 50 % der Patienten für längere Zeit oder sogar dauerhaft unter Stuhlinkontinenz, imperativem Stuhldrang und Erhöhung der Stuhlfrequenz. Für diese Patienten beginnt dann oft eine schwierige Situation; der flüssige und ätzende Stuhl schädigt die Haut um den analen Ausgang und die Patienten haben schwere Schmerzen. Es ist deshalb empfehlenswert, möglichst bereits vor der Rückverlagerung ein gezieltes Kontinenztraining einzuleiten.

Bei Patienten mit analer Inkontinenz wurden mit der multimodalen Drei-Ziele-Behandlung (3T®-Triple Target Treatment) in zwei multizentrischen randomisierten Studien sehr erfolgreiche Ergebnisse erzielt. Bei der 3T® Behandlung mit dem Contrain® Gerät der Procon werden die Komponenten amplitudenmodulierten Mittelfrequenzstimulation (AM-MF) und elektromyografisches Biofeedback (EMG-BF) in einem Behandlungsprotokoll zusammengeführt. Dieses Protokoll bewirkt ein Koordinationsstraining zur Sanierung „korrupter“ zentralnervöser motorischer Aktivitäten, eine Kräftigung des Musculus puborectalis und eine Stimulation langsamer Fasern im Beckenboden und in den Schließmuskeln.



In der ersten Studie wurde 3T® mit alleinigem Biofeedback verglichen. Hier konnte gezeigt werden, dass mit der 3T® Behandlung 50 % der Patienten kontinent wurden, doppelt so viele wie im Kontrollarm mit alleinigem Biofeed-

back. In der zweiten randomisierten Studie wurde 3T® mit niederfrequenter Elektrostimulation (LFS) verglichen. In der 3T®-Gruppe wurden 54 % der Patienten kontinent, hingegen niemand in der LFS-Gruppe. Mit beiden Studien wurde gezeigt, dass der Behandlungserfolg von 3T® auf der Kombination von Mittelfrequenzstimulation mit Biofeedback basiert. Neu ist, dass die 3T® Behandlung auch bei Patienten mit Sphinkterdefekten und Störungen der Wahrnehmung hervorragend wirksam ist.

Inzwischen wurden bereits mehr als 1000 Patienten bei der Stomarückverlagerung erfolgreich mit 3T® unterstützt. Dabei sind in der Regel 3 Monate Behandlung vor dem Eingriff und anschließend weitere 3 bis 6 Monate sinnvoll.

Die Contrain® Geräte werden für die Behandlung an die Patienten ausgeliehen. Die Geräte befinden sich zur Zeit im Eintragungsverfahren für das Hilfsmittelverzeichnis. Die Kosten für die Behandlung werden aber bereits von den meisten Krankenkassen übernommen.

Weitere Informationen:
PROCON Gesellschaft für Kontinenzversorgung und Rehabilitation mbH
Saseler Bogen 6 – 22393 Hamburg
Tel.: 040 600 198 50
Fax: 040 600 198 75
E-Mail: info@procon-hh.de
Internet: www.procon-contrain.de

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

Neu bei B. Braun:

Vasco Nitril long – besonders langer Handschuh für erhöhten Schutz

Melungen. B. Braun hat den neuen Nitril-Handschuh Vasco Nitril long mit besonders langer Stulpe als weitere Alternative zu Latex-Untersuchungshandschuhen eingeführt. Der Nitril-Handschuh ist mit 290 Millimeter besonders lang (EN 455 – Norm: 240 mm) und mit

einer Wandstärke von 9 Mikrometer relativ dickwandig. Durch die verlängerte Armstulpe und seine hohe Wandstärke bietet Vasco Nitril long erhöhten Schutz. Vasco Nitril long ist ein robuster medizinischer Untersuchungshandschuh, der sich für den Einsatz im Rettungsdienst, die Pflege und im Laborbereich anbietet. Daneben verfügt er auch über eine Zulassung für den Lebensmittelkontakt. Vasco Nitril long besitzt eine hohe Griff-Sensitivität und mikroskopisch fein angeraute Finger-Oberflächen ermöglichen zugleich einen sicheren Griff. Die Elastizität unterstützt den Sitz der Handschuhe und die Fingerbewegungen. Das Material Nitril leitet Wärme gut ab, so dass die Hände weniger schwitzen. Der blaue Vasco Nitril long ist unsteril im Karton zu 100 Stück erhältlich.

Hintergrund Latexallergie:

Für etwa zehn Prozent aller Verwender von Einmalhandschuhen im medizinischen Bereich ist der Einsatz von Latexhandschuhen problematisch. Sie sind durch Latexproteine sensibilisiert und müssen jeglichen Kontakt mit Naturlatexprodukten vermeiden. Hohe Kosten durch Berufskrankheit, Arbeitsplatz- oder sogar Berufswechsel können die Folge sein. Ist eine Latexallergie bereits dokumentiert, ist der Arbeitgeber gefordert, dem Arbeitnehmer latexfreie Handschuhe zur Verfügung zu stellen.

Ausgelöst werden Latexallergien durch die im Naturkautschuk enthaltenen Eiweiße. Diese sogenannten wasserlöslichen Latexproteine können durch häufigen Hautkontakt oder durch Einatmung eine allergische Reaktion verursachen. Zusätzlich kann bei gepuderten Latexhandschuhen das Puder Allergien begünstigen, denn die Latexproteine werden mit dem Puder u. a. über die Lunge eingeatmet. Die Berufsgenossenschaft empfiehlt deshalb die Verwendung von ungepuderten Latexhandschuhen mit niedrigen Proteinkonzentrationen (möglichst weniger als 30 µg/g) oder von alternativen Handschuhmaterialien.

Weitere Informationen unter
www.bbraun.de

B. Braun Melungen AG – Sparte OPM
Postfach 11 58 – D-34201 Melungen
Deutschland
Tel.: 0 56 61 71 33 99
Fax: 0 56 61 71 35 50
E-Mail: info-opm@bbraun.com



Neues Zubehör von Eakin

Die Haut aktiv vor Nässe und Hautreizungen schützen: Eakin Protect™ Hautschutztuch (alkoholfrei)

Neu im Eakin-Sortiment findet sich das Protect™ Hautschutztüchlein, das einen Schutzfilm bildet, um die Haut gegen schädliche Ausscheidungen, Exkoration und aggressive klebende Versorgungen zu schützen. Es befinden sich 30 Tücher in einer Packung (PZN 9709036)

Protect™ hat viele Vorteile:

- Ohne Alkohol, brennt nicht beim Auftragen.
- Optimaler Hautschutz, auch für empfindliche Haut.
- Trocknet in Sekundenschnelle und bildet einen dauerhaften Schutzfilm auf der Haut.
- Die Haftfähigkeit der neu aufzubringenden Versorgung wird nicht beeinträchtigt.
- + Vitamin E unterstützt die Hautregeneration.

Optimale Diskretion mit Eakin Perform™ Flüssigkeitsabsorber für Ileostomiepatienten

Perform™ verwandelt den Beutelinhalt in ein Gel, das hilft, Undichtigkeiten zu vermeiden und bietet so Sicherheit und Komfort. Ideal bei dünnflüssigen Ausscheidungen. Perform™ sorgt gleichzeitig für Geruchskontrolle: unerwünschter Geruch wird reduziert, was besonders beim Beutellentleeren von Bedeutung ist.

Perform™ bindet bis zu 800 ml Flüssigkeit im Beutel (500 ml in 20 Sekunden!).

Perform™ (PZN 9708999) ist sehr praktisch und nützlich:

- Reduziert das Risiko von Undichtigkeiten.
- Erhöht Diskretion und Tragekomfort.
- Erhöht die Sicherheit während des Schlafens.
- Erleichtert Beutellentleerung und Entsorgung.
- Kann helfen, die Filterleistung zu verbessern.
- Verfärbt Beutelinhalt nicht schwarz.
- Pro Anwendung wird nur ein Sachet benötigt.

Schmerzfrees Entfernen der Versorgung jetzt auch mit Release™ Pflasterentferner-Tücher (alkoholfrei)

Nach Einführung des alkoholfreien Release™ Pflasterentferner Sprays wurde von vielen Betroffenen der Wunsch nach einem Release™ Tüchlein für unterwegs geäußert. Ab sofort sind diese Tücher in einer Packung zu 30 Stück erhältlich (PZN 9709013) und bieten dieselben Vorteile wie das Spray:

- Ohne Alkohol, brennt nicht auf der Haut – ermöglicht eine schmerzfreie Entfernung des Beutels.
- Beim Auftragen auf die Haut trocknet Release™ innerhalb von Sekunden. Die neue Versorgung kann sofort aufgebracht werden, ohne daß sie in Ihrer Haftung beeinträchtigt wird.
- Duftet nach frischer Minze und hilft somit Gerüche zu kaschieren.
- Mit dem zusätzlichen Vitamin-E-Gehalt unterstützt Release™ die Hautregeneration.



Nähere Informationen und Muster bei Eakin GmbH. Rufen Sie an: gebührenfreies Service-Telefon: 0800 – 22 440 22 oder besuchen Sie die Seite im Internet www.eakin.de



Welland – Innovators in Stomacare –



Stomainspektion bei Curvex und Convex hautfarben möglich

Die neue Produktlinie Welland Flair Active Curvex, Flair Active Convex und Flair Active Plan

Die Wegimed GmbH stellt die neuen Produkte Welland Flair Active Curvex, Flair Active Convex und Flair Active Plan vor.

Bilder: Hersteller



Wasserabweisender und getrennter Vlies

Die Vorteile

- Durchgehender, hautfreundlicher und vielfach bewährter Hyperseal®-Hautschutz
- integrierte Gürtelhalterung beim einzigartigen, curvexen oder bekanntem convexen Hautschutz, die bei Bedarf entfernt werden kann
- NEU: Laser-Cut-Filtersicher und diskret besonders bei Blähungen
- Wasserabweisendes Vlies; teilweise mit „Fenster“ zur Stomainspektion
- direkter Anschluss von Bein- oder Bettbeuteln an den Urostomiebeutel!
- Lasche am Ablass des Ausstreifbeutels erleichtert die Entleerung

- umweltfreundliche Verpackung mit dem „Grünen Punkt“

Weitere Informationen und Muster können unter www.wegimed.de angefordert werden!

WeGimed GmbH
Eiserfelder Straße 446
57080 Siegen (Deutschland)
Telefon +49 - 271 - 70 31 96 27
Telefax + 49 - 271 - 70 31 96 20
info@wegimed.de
www.wegimed.de
Ihr Ansprechpartner:
Bernd Ginsberg

MagSi® FgSKW
STOMA
KONTINENZ
WUNDE
Das Online-Magazin der FgSKW e.V.

FormaFlex
Hautschutzplatte
A Hollister Technology

Einfach in Form.

- **Flexibel und vielseitig:** Einfach zu formen und immer wieder anpassbar.
- **Komfortabel und bequem:** Kein Messen, Markieren oder Ausschneiden notwendig.
- **Zuverlässig und hautschonend:** Mit neuer, einzigartiger Hautschutzformulierung.
- **Mit Sicherheit flexibel:** Die Kombination mit Conform 2 Beuteln schafft ein leichtes und diskretes Profil.

Nähere Informationen erhalten Sie telefonisch unter 08 00 1 01 50 23 (gebührenfrei), auf unserer Website www.hollister.de oder per E-Mail: hollister.deutschland@mailster.com

Ein Meilenstein in Sachen Hautschutz.
Hollister und Logo, Conform 2 und Formaflex sind Warenzeichen von Hollister Incorporated. © 2012 Hollister Incorporated.

Inhaltsverzeichnis

- 2 [Abschluss an der Wannsee-Akademie in Berlin](#)
Am Donnerstag, den 21.06.2012 erhielten 16 Absolventinnen und Absolventen der Wannsee-Akademie in Berlin ihre Zeugnisse und Zertifikate zum Abschluss der Weiterbildung zum Pflegeexperten Stoma, Inkontinenz und Wunde.
[Weiter lesen](#)
- 3 [Die Wannsee-Schule feierte das 40. Jubiläum der Gesundheits- und Krankenpflege-Schule am 8. Juni 2012.](#)
Der Tag begann mit einem leckeren Frühstück, zu dem sich die ersten geladenen Gäste einfanden.
[Weiter lesen](#)
- 4 [Prof. Christel Bienstein neue Präsidentin des DBFK](#)
Im Rahmen der 43. Delegiertenkonferenz fand heute in Berlin die turnusmäßige Neuwahl des DBFK-Bundesvorstands statt.
[Weiter lesen](#)
- 5 [„Alles Wichtige zum Thema künstlicher Darmausgang \(Stoma\)“](#)
Arzt-Patienten Seminar unter der Schirmherrschaft der Deutschen ILCO und der Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde e.V.
[Weiter lesen](#)
- 6 [Moderne Wundversorgung neu auf der Fresenius Kabi Website](#)
Bad Homburg, 01. Juni 2012 – Auf der Website www.fresenius-kabi.de stellt Fresenius Kabi Deutschland ab sofort das Produktportfolio zur modernen Wundversorgung, ...
[Weiter lesen](#)
- 8 [Studie: Inkontinenz belastet pflegende Angehörige zusätzlich](#)
Kopenhagen – Die Pflege eines inkontinenten Verwandten belastet Millionen von pflegenden Angehörigen und verringert deren Lebensqualität deutlich. ...
[Weiter lesen](#)
- 10 [ISK Wochenende in Winterberg Langeweise im April](#)
Am 20.04.2012 startete das dritte Kontinenzwochenende für Jugendliche und junge Erwachsene in Zusammenarbeit mit der ASBH und der Firma Medical Service.
[Weiter lesen](#)
- 11 [Für Sie gelesen](#)
- Achtsamkeitsübungen für die klinische Praxis und den Alltag
- Stoma- und Kontinenzberatung
- Praxiswissen Krankenpflegerecht
[Weiter lesen](#)
- 12 [Internetadressen](#)
- 13 [Impressum](#)

MagSi InterAktiv Nr. 34 - 07/2012

Sehr geehrte Leser/Innen der **MagSi**®,

hier sehen Sie die Titelseite der **Juli-Ausgabe** des Online-Magazins „**MagSi**® **InterAktiv**“. Sie können die aktuelle Ausgabe kostenfrei erhalten durch eine einfache Nachricht per Mail an die Geschäftsstelle des FgSKW Fachverbandes unter: sekretariat@fgskw.org

Wir bieten wir Ihnen das FgSKW-Online-Magazin „**MagSi**® **InterAktiv**“ als monatliches Mailing zum Preis von **12,- € pro Jahr zzgl. MwSt.** an.

Als Abonnent/In der Zeitschrift „**MagSi**®“ erhalten Sie das neue Online Magazin „**MagSi**® **InterAktiv**“ zum **vergünstigten Bezugspreis von nur 6,- € zzgl. MwSt. für ein ganzes Jahr!**

Für **Mitglieder des FgSKW e.V.** ist der Bezug des neuen Online Magazins „**MagSi**® **InterAktiv**“ auch weiterhin kostenfrei im Rahmen der Mitgliedschaft zu beziehen.

Bei Interesse bitten wir um **Zusendung einer Mail an die Adresse:** sekretariat@fgskw.org



MagSi[®] **FgSKW**
 STOMA
 KONTINENZ
 WUNDE
 MAGAZIN



Die nächste Ausgabe Ihrer

MagSi[®] **Magazin**

Stoma · Kontinenz · Wunde

erscheint im Dezember 2012

Herausgeber

FgSKW (Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde) e.V.
 Herr Werner Droste
 Nikolaus-Groß-Weg 6
 59371 Selm
 Tel.: +49(0)2592/973141
 Fax: +49(0)2592/973142
 E-Mail: info@fgskw.org
 Internet: www.fgskw.org

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@fgskw.org

Gestaltung

Spectra – Design Et 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.: (020 43) 46006
 Fax: (020 43) 47434
 E-Mail: info@heweadruck.de

Anzeigenverwaltung,

Verkauf und Versand

FgSKW (Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde) e.V.
 Herr Werner Droste
 Nikolaus-Groß-Weg 6
 59371 Selm
 Tel.: +49(0)2592/973141
 Fax: +49(0)2592/973142
 E-Mail: sekretariat@fgskw.org
 Internet: www.fgskw.org

Abonnement

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

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

Zielgruppen

- Pflegende mit der Qualifikation Stomapflege, Kontinenz, und Wundversorgung mit spezieller Ernährungsberatung.
 - Pflegende und andere Berufsgruppen in klinischen und ambulanten Bereichen, Rehabilitationseinrichtungen, Sozialstationen, im Sanitätsfachhandel und in der Industrie.
 - Pflegende und andere Berufsgruppen in Alten-, Senioren- und Pflegeheimen sowie in Kranken- und Altenpflegeschulen und in Weiterbildungseinrichtungen.
 - Homecarebereich
 - Ärzte
 - Therapeuten
 - Betroffene.
- Ein zum Abonnenten-Versand zusätzlich durchgeführter zielgruppenorientierter Wechselserversand bundesweit oder gezielt regional wird zur Öffentlichkeitsarbeit regelmäßig durchgeführt.

Bankverbindung

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

Geschäftsbedingungen

Das **MagSi**[®] Magazin Stoma – Kontinenz – Wunde, die Fachzeitschrift für Pflege, Fortbildung und Berufspolitik ist aktuell, innovativ und unabhängig. Sie ist das Organ des FgSKW Fachverband Stoma und Kontinenz e.V. Die Mediadaten, Anzeigenpreisliste und Geschäftsbedingungen können gerne bei der Redaktion oder beim Herausgeber angefordert werden. Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr. Gerichtsstand ist der Sitz der Geschäftsstelle.

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

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

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

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

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

Bild: MEV



Die neuen Beutel von ConvaTec sind da!

Mehr als 1.000 EnterostomatherapeutInnen und über 400 Stomaträger* haben uns mit ihrer Expertise und Erfahrung geholfen, diese innovativen Beutel mit dem Plus an Komfort und Diskretion zu entwickeln. Versorgt mit dem bewährten und patentierten** ConvaTec Hautschutz und den neuen ConvaTec  Beuteln, erfahren Stomaträger jetzt das Plus an komfortabler Sicherheit, welches sie bei ihrer Stomaversorgung verdienen.



Gebührenfreie Kundenberatung: 0800 78 66 200
ConvaTec (Germany) GmbH - Radlkoferstr. 2, 81373 München

StomaCare

Bandagen für Stomaträger

HMV Pos.-Nr.: 05.11.03.2008

Die StomaCare-Bandagen werden insbesondere zur postoperativen Unterstützung der Bauchwand und zur Vermeidung einer Hernie – hervorgerufen u.a. durch hohe körperliche Aktivität (Sport, Gartenarbeit etc.) – eingesetzt. Abgestimmt auf die individuellen Bedürfnisse stehen unterschiedliche StomaCare-Bandagen-Modelle zur Verfügung.

Indikationen

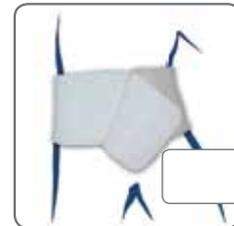
- Bauchdeckenschwäche
- Hernie im Narben- und Stomabereich
- Ileo-/Kolo-/Urostomie
- Ileum-/Kolon-Conduit
- Prolaps



EasyOpener



Standard-Fertigfabrikat



Irrigation



Bandagen-Zubehör

StomaCare-Protector

Körperlich aktiven Stomaträgern bietet der Protector einen zusätzlichen Schutz vor Druck und unbeabsichtigten Krafteinwirkungen auf das Stoma. Auch beim Autofahren kann das durch den Gurt verursachte Druckgefühl verhindert werden. Der Protector lässt sich bequem in allen Bandagen-Modellen per Klettsystem anbringen.



Protector



Detaillierte Info
unter basko.com

Basko Healthcare

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