MagSi®

MAGAZIN

FgSKW

STOMA
KONTINENZ
WUNDE

Das Thema

Bariatrische Pflege als Herausforderung

Wund-MagSi

Zentrale Handlungs-empfehlungen für die Praxis

Blick über die Grenzen

8th EAST-WEST COLORECTAL DAYS in Hajduszoboszlo, Ungarn

Fachzeitschrift für Pflege, Fortbildung und Berufspolitik · 19. Jahrgang · Nr. 60 · Dezember 2012

€ 5,30 · ISSN 1863-1975

Rundum gut versorgt.

- **Kompetent:** fachliche Beratung rund um die Stoma-, Kontinenz- und Wundversorgung
- **Bundesweit:** einfühlsame Unterstützung beim Erlernen der Versorgungsanwendung
- **Kostenfrei:** diskrete und kostenlose Lieferung der Hilfsmittel – von allen führenden Herstellern

KOSTENLOSE HOTLINE
0800 7090490

Rundum gut gestützt.

SUPORTX Easy Peel – *Die zuverlässige Stoma-Bandage*

- Einfaches Schließsystem – speziell für Patienten mit eingeschränkter Beweglichkeit
- Gleichmäßige Druckverteilung ermöglicht hohen Tragekomfort – auch für einen längeren Zeitraum
- Anti-Roll-Gummizüge verhindern das Verrutschen – auch bei körperlicher Tätigkeit

In Weiß, Schwarz und Hautfarben
In den Größen S, M, L, XL und XXL
Spezialanfertigung möglich

HOMECARE-EXPERTE FÜR
Stoma-, Kontinenz- und Wundversorgung

PubliCare®
Meine-HomeCare.de

PubliCare GmbH
Am Wassermann 20-22 • 50829 Köln • Telefon 0221 70 90 490 • Fax 0221 70 90 499

Titelmotiv: MEV

Liebe Leserinnen und Leser,

Sie halten mit dieser **MagSi®** die 60ste Ausgabe dieser Fachzeitschrift in Ihren Händen! Dies war und ist auch heute nur möglich, weil sich viele Menschen engagieren, um drei mal pro Jahr ein Fachmagazin zu gestalten, das im deutschsprachigen Raum einzigartig in dieser Ausgestaltung ist. Ein großer Anlass für uns als Herausgeber, uns bei all diesen Menschen zu bedanken, die es immer wieder ermöglichen, dass die **MagSi®** in dieser Qualität erscheinen kann - termingerecht, prall gefüllt mit Fachartikeln, Beiträgen und Informationen, bestückt mit Neuigkeiten aus unseren spezialisierten Handlungsfeldern. Wir bedanken uns bei unserer Redakteurin Brigitte Sachsenmaier, unserem Grafiker Fiore Tartaglia und der Druckerei Hewea für die langjährige Unterstützung in hochprofessioneller Qualität, ohne die unsere **MagSi®** nicht denkbar wäre.

Allen Autorinnen und Autoren sei gedankt für die vielen Beiträge, die dieses Magazin so einzigartig machen. Unseren Partnern und Förderern aus den Reihen der produzierenden Industrieunternehmen und der Unternehmen des Fachhandels sei gedankt für die nachhaltige Unterstützung der **MagSi®** mit Werbeanzeigen und redaktionellen Beiträgen, die den Blick der Leserinnen und Leser auch immer wieder auf die, zur Versorgung benötigten, Hilfsmittel und die damit verbundenen Dienstleistungen der jeweiligen Unternehmen richten.

Ebenfalls bedanken wir uns für die konstante Unterstützung durch unsere Kooperationspartner, den Weiterbildungsinstituten und Mitgliedsverbänden für die herausragende gegenseitige Unterstützung. Auch hierdurch lebt die **MagSi®** und erhält dadurch ihre Einmaligkeit.

Zu guter Letzt sei allen ehrenamtlich tätigen Helferinnen und Helfern gedankt für ihr Vertrauen, ihre Hilfe und Unterstützung für 60 Ausgaben der **MagSi®**!

Viel Freude bei der Lektüre Ihrer **MagSi® 60**

Ihre Redaktion

Das Thema	4	Bariatrische Pflege als Herausforderung
	9	„Epidermolysis Bullosa"
Aktuell	17	Neue Informationsbroschüre "Wir leben mit einem Stoma - 10 + 1 Stomaträger erzählen ihre Geschichte"
Wund-MagSi	18	Klassifizierung und Einschätzung von Dekubitalulzerationen in klinischen Einrichtungen
	24	Zentrale Handlungsempfehlungen für die Praxis
	26	S3-Leitlinie Lokaltherapie chronischer Wunden bei Patienten mit den Risiken periphere Verschlusskrankheit, Diabetes mellitus, chronische venöse Insuffizienz
	30	Verbesserte Kommunikation und Koordination in der Wundversorgung durch den elektronischen Wundbericht
	33	„Schreibst du noch oder pflegst du schon?"
	36	Mit Bildung zum Erfolg
	40	Aufgabenbereiche des Pflegeexperten Stoma, Kontinenz und Wunde
Information	46	Enddarmkrebsbehandlung mit Erhalt des Schließmuskels – Leben mit den Folgen
Fachgesellschaft Aktuell	48	Termine/Kongresse
	49	Kooperationspartner/Mitgliedsverbände
Buch-Tipp	50	Interessante Literatur
Blick über die Grenzen	53	8th EAST-WEST COLORECTAL DAYS in Hajduszoboszlo, Ungarn
Weiterbildung Aktuell	54	Erster Kursabschluß der Weiterbildung zum Pflegeexperten SIW an der Matthias-Akademie in Rheine
	55	Abschluss der Weiterbildung Stoma, Kontinenz und Wunde am Diakonischen Institut in Dornstadt
Schaufenster	56	Neuigkeiten bei Produkten und Dienstleistungen
Impressum	58	Impressum/Vorschau nächste Ausgabe

Herausgeber

FgSKW Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde e.V.

Kooperationspartner

DBfK Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe

max

DGfW Forschung – Wissen – Praxis

Initiative

BeKD e.V. Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e.V.

Wannsee Akademie

Bariatrische Pflege als Herausforderung

Untersuchung der erlebten Belastung von Pflegepersonen im Rahmen der Pflege von Patienten mit Adipositas in Deutschland

Pflege als Beruf am Menschen wird insgesamt als belastend eingestuft.
Dies liegt einerseits an den Rahmenbedingungen: Wechselschicht, Zwangshaltungen, häufige Wechsel der Körperposition, häufige Unterbrechungen der Arbeit und Zeitdruck.
Andererseits entstehen Belastungen infolge der Tätigkeit, die der Beruf beinhaltet: Begleitung bei Krankheit und Sterben, Emotionsarbeit, Umgang mit eigenen Gefühlen der Abneigung und Ekel sowie ein hohes Maß an zu tragender Verantwortung.

Adipositas der Pflegeempfänger kann Einfluss auf die empfundene Arbeitsbelastung der Pflegepersonen nehmen. Im Rahmen der vorgestellten Studie wird die spezielle Form von Belastung mit ihren Auswirkungen auf die Pflegepersonen und die Pflegequalität betrachtet.

Das Phänomen Adipositas

Definition Adipositas

„Adipositas ist definiert als eine über das Normalmaß hinausgehende Vermehrung des Körperfetts. Berechnungsgrundlage für die Gewichtsklassifikation ist der Körpermassenindex, der sog. Body-Mass-Index (BMI). Der BMI ist der Quotient aus Gewicht und Körpergröße zum Quadrat (kg/m²)." (Deutsche Adipositas Gesellschaft e.V., (31.12.2011). Adipositas Grad III wird auch als Adipositas permagna oder morbide Adipositas bezeichnet, Personen mit einem BMI über 30 kg/m² werden als fettleibig und mit einem BMI über 40 kg/m² als bariatrisch eingestuft. (Geissel 2009, Menche 2007).

Prävalenz der Adipositas in Deutschland

In Deutschland sind etwa nur ein Drittel der männlichen und etwas weniger als die Hälfte der weiblichen Bevölkerung als Normalgewichtig zu klassifizieren. 30 Millionen Menschen mit Übergewicht (BMI > 25 < 30 kg/m²) und

Bezeichnung	BMI (kg/m²)
Normalgewicht	18,5 - 24,9
Übergewicht	25,0 - 29,9
Adipositas Grad I	30,0 - 34,9
Adipositas Grad II	35,0 - 39,9
Extreme Adipositas Grad III	≥ 40

Tab. 1: Klassifizierung des Body-Mass-Index (vgl. Robert Koch Institut 2003: 8)

Bild: © viperagp - Fotolia.com

18 Millionen Menschen mit Adipositas (BMI >30 kg/m²) leben in Deutschland. Über 1 Million Menschen haben einen BMI >40 kg/m². Ca. 220.000 bis 250.000 Menschen haben ein Körpergewicht von mehr als 200 kg, (vgl. Geissel 2009, Fa. Adicare 2012, Wirth 2008, Robert Koch-Institut 2003).

Adipositas und das Pflegesystem

Bedingt durch die Körperfettmasse ist die körperliche Funktionsfähigkeit vor allem im Bereich der Bewegung (Gehen, Bücken, Knien) reduziert. Schnelles Schwitzen führt zur Geruchsbelastung für andere, Luftnot bei Belastung schränkt die Beweglichkeit weiter ein, (vgl. Wirth 2008: 54).
Die Selbstpflegekompetenz kann durch das Auftreten einer Krankheit vorübergehend, z. B. im Rahmen einer orthopädischen Operation oder dauerhaft, z. B. nach einem Schlaganfall, eingeschränkt sein, es entsteht ein Selbstpflegedefizit. Die beruflich Pflegenden in den unterschiedlichen Institutionen unterstützen den Pflegeempfänger in der Bewältigung seiner Alltagshandlungen und führen die therapiebegleitenden Maßnahmen im Rahmen der medizinischen Behandlung entsprechend der ärztlichen Anordnung durch.
Mit steigendem Alter treten Übergewicht und Adipositas gehäuft auf, ebenso kommt es mit steigendem Alter auch zu einer Zunahme an Pflegebedürftigkeit (vgl. Robert Koch-Institut 2004: 14 f.). „Krankheiten des Kreislaufsystems sind bei Männern mit 21,8 % die häufigste pflegebegründende Diagnosegruppe. Bei Frauen stellen sie mit einem Anteil von 18,1 % die zweithäufigste Diagnosegruppe. Häufigste Einzeldiagnosen sind der Schlaganfall und die Herzinsuffizienz." (Robert Koch Institut 2004: 13). Hieraus resultiert, unter Berücksichtigung des demografischen Wandels, eine in Zukunft weiter ansteigende Kombination aus Pflegebedürftigkeit und Adipositas, die zur verstärkten Inanspruchnahme der beruflichen Pflege in allen Sektoren des Pflegesystems führen wird.

Das Phänomen Arbeitsbelastung

Definition Arbeitsbelastung

„Belastung ist die wertfreie Bezeichnung für die aus der Art der Arbeitsaufgabe und deren Arbeits- und Ausführungsbedingungen resultierenden Einflüsse auf den Arbeitenden, die eine Wirkung auf ihn ausüben." (Scheuch 2008: 437). Unterscheidung der verschiedenen Belastungsarten:

- „Physische (körperliche) Belastung, vorrangig Energiestoffwechsel,
- Psychische (geistige) Belastung, vorrangig Informationsverarbeitungsprozesse
- Psychosoziale Belastung, besonders zwischenmenschliche Beziehungen
- Belastungen durch Umweltfaktoren (= Exposition), vorrangig materielle (physikalische, chemische, biologische) Faktoren der Arbeit" (Scheuch 2008: 437).

Diese Belastungsformen treten als Mischform auf, in der die eine oder andere Form überwiegt. Menschen reagieren jedoch unterschiedlich auf die gleichen Anforderungen. Dies bedeutet, dass eine Person eine Aufgabe als Herausforderung ansehen kann, eine andere Person sieht die gleiche Aufgabe für sich aber als Überforderung (vgl. Overlander et al. 2009: 475).

Belastung des Pflegepersonals durch adipöse Pflegeempfänger

Die Pflege von Patienten mit ausgeprägter Adipositas ist im Vergleich zu Patienten mit Normalgewicht für die Pflegeperson mit einer erhöhten körperlichen Anstrengung und mit einem erhöhten Zeitaufwand verbunden. Als Beispiele können das Weghalten von Fettschürzen zur Körperpflege, die Unterstützung beim Bewegen im Bett und zum Aufstehen oder das Halten eines Beines zum Anlegen eines Kompressionsverbandes genannt werden.
Bestehen beim Pflegeempfänger Luftnot, Bewegungseinschränkungen durch Schmerzen oder Lähmungen oder eine allgemeine Reduktion der Befindlichkeit, ist die Pflege durch eine Pflegeperson oft nicht zu bewältigen. Aufgrund dieser Situation ist eine zweite Pflegeperson erforderlich, der Personalaufwand steigt. Geht das Übergewicht mit Körpergeruch infolge eingeschränkter Körperpflege und / oder verstärktem Schwitzen und Hautinfektionen einher kann es zu einer psychoemotionalen Belastung kommen, z.B. durch auftretende Ekelgefühle (vgl. Kupfer-Geißler 2011, Pavelcsik 2011, Overlander 2009).
Wenn die Arbeitsbedingungen noch zusätzlich ungünstig sind, z. B. die Pflege in einem Dreibettzimmer, ist auch der zur Verfügung stehende Arbeitsplatz eingeschränkt, der Einsatz von Hilfsmitteln - wenn sie denn überhaupt zur Verfügung stehen - ist nicht ordnungsgemäß möglich, ggf. müssen Möbel und Betten im Zimmer verschoben werden, welches den ablauforganisatorischen und zeitlichen Aufwand wieder deutlich erhöht. Ungünstige Arbeitsbedingungen führen dazu, dass die Pflegenden in ungünstigen Körperpositionen arbeiten müssen. Stehen Platz und adäquate Hilfsmittel nicht zur Verfügung kann dies sowohl zur Patienten- als auch Personalgefährdung führen (vgl. Sabel 2011: 16-18). Dadurch steigt der Stress für das Personal, denn die weiter zur Verfügung stehende Zeit für andere Aufgaben wird reduziert. Ebenso müssen die zur Unterstützung gerufenen Kollegen ihre Arbeit unterbrechen. Diese Faktoren können dazu führen, dass in der Pflege adipöser Menschen Abstriche gemacht werden, z.B. unterbleibt die anstrengende Mobilisation des Patienten (vgl. Pavelcsik 2011: 11-12).
Ein weiterer Belastungsfaktor kann sein, dass die Pflegeperson in einen persönlichen Gewissenskonflikt gerät, wenn aufgrund der Adipositas eine Pflegemaßnahme nicht oder nur unsachgemäß ausgeführt werden kann. Dieses Handeln kann im Widerspruch zum ICN-Ethikkodex stehen, in dessen Präambel geschrieben steht, dass die Pflegende ihre berufliche Tätigkeit am Wohle der Pflegeempfänger ausrichtet (vgl. DBfK e.V., ICN-Ethikkodex).

Planung der Studie

Zielsetzung und Fragestellung

Im Rahmen dieser Studie soll herausgefunden werden, wie sich das Empfinden und die Belastung des Pflegepersonals konkret darstellen und welche Auswirkungen daraus resultieren.
Die Studie soll einen Beitrag dazu leisten, eine fachgerechte, individuelle und den Bedürfnissen angepasste Pflege von Menschen mit Adipositas zu gewährleisten.
Diese Pflege kann von Pflegepersonen nur erbracht werden, wenn die entsprechenden Rahmenbedingungen stimmen. Hierzu muss herausgefunden werden, welches diese Rahmenbedingungen sind und in welchem Ausmaß diese bereits vorhanden sind.
Es ist die derzeitige Belastungssituation

der Pflegenden zu erfassen. Aus den gewonnen Erkenntnissen können dann Maßnahmen abgeleitet werden, die eine Verbesserung der Situation für die Pflegepersonen herbeiführen. Dadurch kann die Pflegequalität bei Menschen mit Adipositas gewährleistet und verbessert werden.

Fragestellung

Wie erleben Pflegepersonen die Pflege von Menschen mit ausgeprägter Adipositas und welche Belastungen empfinden sie dabei? Können dabei unterschiedliche Formen von Belastung differenziert werden? Wie wirkt sich die Adipositas der Pflegeempfänger auf die Qualität der pflegerischen Arbeit aus? Welche Strategien haben die Pflegenden entwickelt, um mit den Belastungen umzugehen?
Die Fragestellung soll im Rahmen einer Querschnittstudie beantwortet werden. Diese hat ein korrelationelles Design, in dem die Beziehung der Variablen adipöse Pflegeempfänger und Belastungsempfindung bei Pflegepersonal untersucht wird.

Untersuchungsumfeld

Die Studie wird bei den Mitgliedern mit pflegerischer Ausbildung der Fachgesellschaft Stoma – Kontinenz – Wunde e.V. durchgeführt. Die Studie erfolgt als Vollerhebung bei insgesamt 199 Mitgliedern.
Die Mitglieder der Fachgesellschaft wurden aufgrund ihrer beruflichen Situation ausgewählt. Alle Personen haben Berufserfahrung in unterschiedlichen pflegerischen Bereichen erworben. Die Zustimmung der Befragten zur Teilnahme an der Studie erfolgt im Sinne eines impliziten Einverständnisses über die Rückgabe des ausgefüllten Fragebogens. Eine Rückverfolgung der Daten und eine Zuordnung der Antworten auf die jeweilige Person wird zu jeder Zeit ausgeschlossen.

Erfassung und Auswertung der Daten

Für die Erfassung der spezifischen Fragestellung dieser Studie konnte kein existierendes Erhebungsinstrument gefunden werden, so dass der Fragebogen selbst zu entwickeln war. Der Fragebogen besteht überwiegend aus Einstellungs- und Verhaltensfragen, die mit einer vorgegebenen Antwortmöglichkeit im Sinne einer Likert-Skala zu beantworten sind. Es wird zur Prüfung des Fragebogens auf Validität ein Pretest durchgeführt.
Das Erfassen der Daten erfolgte durch Auszählen und einheitliches Kodieren der ordinal skalierten Antworten. Dadurch wurde eine ausreichende Objektivität sichergestellt.
Im Anschluss daran konnte die Datenerhebung durchgeführt werden.

Interpretation und Diskussion der Ergebnisse

Hypothese 1:
Die Pflege von Menschen mit Adipositas ist zeitaufwändiger und anstrengender im Vergleich zu Patienten mit Normalgewicht. Der erhöhte Aufwand führt zu Einschränkung von Pflegemaßnahmen im Sinne eines Unterlassens von Maßnahmen oder einer unsachgemäßen Ausführung.

Die Pflegedurchführung erfordert einen höheren Aufwand, der zumindest teilweise durch schnelleres oder längeres Arbeiten kompensiert wird – so sagen es mehr als drei viertel der Befragten. Dadurch, dass Maßnahmen von einem überwiegenden Anteil der Befragten weder unterlassen noch unsachgemäß ausgeführt werden (vgl. V10 in Abb. 2 sowie V2 in Abb. 3), ist von einer hohen Belastung infolge Zeitknappheit und erhöhter Anstrengung auszugehen.

Wenn es doch erforderlich ist, Maßnahmen zu unterlassen und hierbei die Auswahlmöglichkeit vorhanden ist, dies entweder beim adipösen Pflegeempfänger oder bei den übrigen Pflegeempfängern zu tun, erfolgt die Unterlassung eher beim adipösen Pflegeempfänger.

Maßnahmen zu unterlassen kommt für einen Großteil der Befragten nicht in Frage. Auch dann nicht, wenn es anstrengend und zeitlich aufwändig ist. Hier ist auch ein hohes Maß an Kollegialität sichtbar. Auch wenn die Maßnahmen als anstrengend und belastend empfunden werden, werden diese Aufgaben in der Regel nicht den Kollegen überlassen, wie Abbildung 4 verdeut-

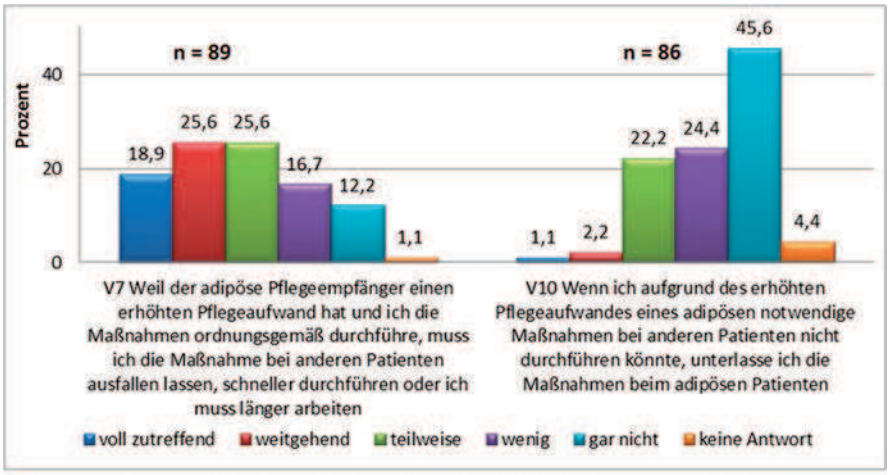


***Abb. 2:** Auswirkung eines erhöhten Pflegeaufwands auf die zeitlichen Gegebenheiten des Pflegepersonals*

Um hier eine klare Aussage treffen zu können werden nachfolgend drei Diagramme miteinander in Beziehung gesetzt.

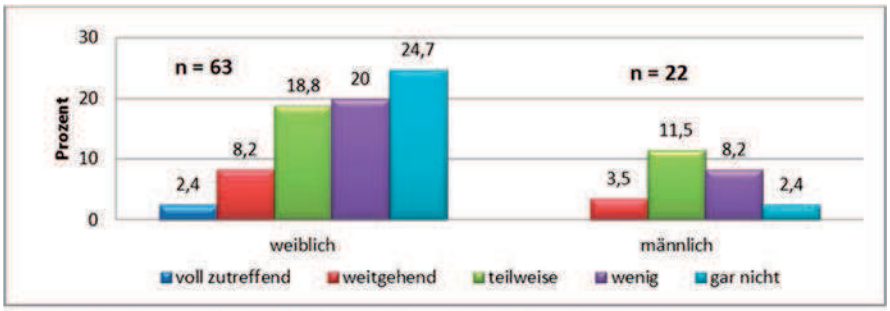


***Abb. 3:** V2 Trifft es zu, dass Pflegemaßnahmen unsachgemäß ausgeführt oder unterlassen werden, wenn die Maßnahme bei adipösen Menschen aufwändiger und anstrengender ist?*

Grafiken: Heinz Behnje

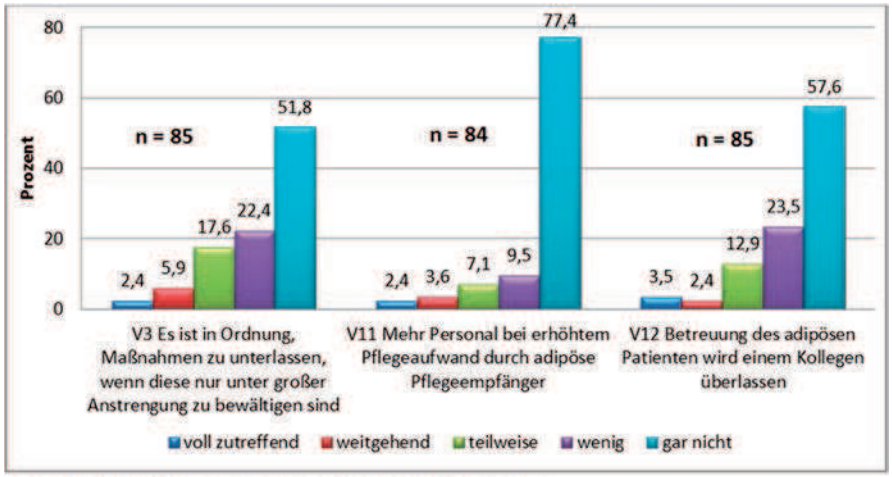


Abb. 4: Wie geht Pflegepersonal mit der Arbeitssituation um?

licht. Im Sinne des ICN-Ethikkodexes üben die Pflegenden ihren Beruf verantwortlich zum Wohle des Patienten aus. Von Seiten der Führungsebene scheint keine Anpassung der personellen Besetzung in Bezug zum pflegerischen Aufwand zu erfolgen.

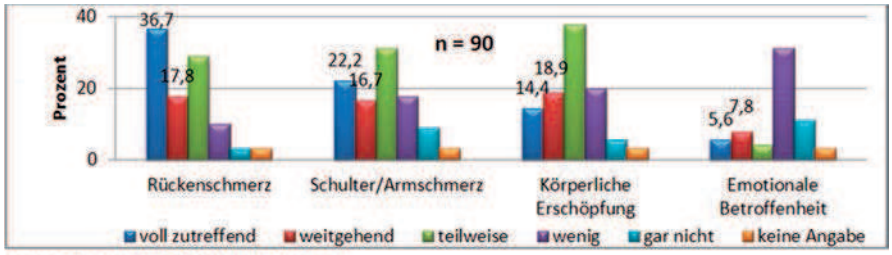


Abb. 5: Gesundheitliche Auswirkungen

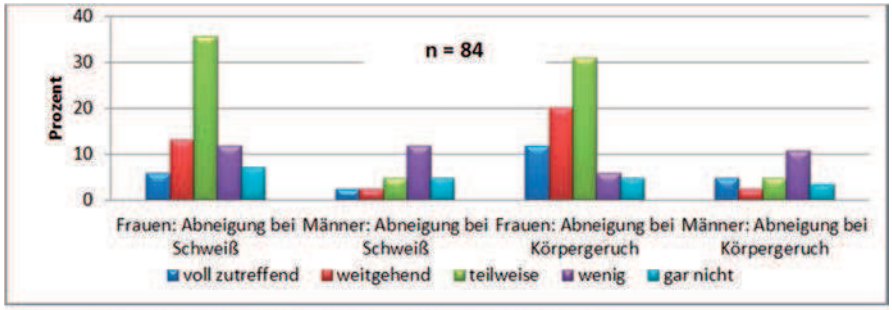


Abb. 6: Unterscheidung des Ekelempfindens von Frauen und Männern

Hypothese 2:
Die Pflege adipöser Menschen hat negative Auswirkungen auf die Gesundheit der Pflegenden.

Das Diagramm (Abb. 5) zeigt, dass vor allem Rückenschmerzen sowie Schulter- und Armschmerzen von den Betroffenen genannt werden. Bei den dargestellten vier Items sind alle Symptome bei den Frauen stärker ausgeprägt. Dies kann zum einen daran liegen, dass die Anzahl der Befragten Frauen fast dreimal so hoch ist wie die der befragten Männer. Ein weiterer Aspekt kann sein, dass Männer grundsätzlich eine bessere muskuläre Konstitution und höhere Muskelkraft haben, was als protektiver Faktor von Rücken-, Schulter- und Armschmerzen angesehen werden kann.
Zu beachten ist, dass Rückenschmerzen, allgemeine körperliche Erschöpfung und emotionale Betroffenheit insgesamt häufig in den Pflegeberufen anzutreffen sind. Hier kann angenommen werden, dass diese Symptome durch die Adipositas der Pflegeempfänger verstärkt werden.

Hypothese 3:
Die Pflege adipöser Patienten hat negative Auswirkungen auf das emotionale Erleben der Pflegenden.

Mit zumindest teilweiser Zustimmung empfinden Frauen insgesamt eine höhere Belastung bei Schweiß und Körpergeruch als Männer; Körpergeruch wird dabei stärker als Belastung empfunden. Von den Befragten wurde geschlechtsunspezifisch vor allem eine Abneigung gegen eine unzureichende Körperhygiene bei adipösen Menschen angegeben. Insbesondere trifft dies dann zu, wenn Pflegehandlungen im Genitalbereich sowie Hilfestellungen im Rahmen von Ausscheidungsvorgängen notwendig sind.

Zu beachten ist, dass auch nicht-adipöse Menschen eine vermehrte Schweißproduktion oder Körpergeruch aufweisen und dieser Aspekt dann ebenfalls zu Belastung des Pflegepersonals führen kann. Dieses Phänomen ist jedoch durch die bei Adipositas bedingten Hautfalten stark ausgeprägt.
Vergleicht man diese Aussagen mit der Ergebnisdarstellung zu Hypothese 1 fällt Folgendes auf: Die Pflegemaßnahmen werden in der Mehrzahl der Fälle ordnungsgemäß ausgeführt, obwohl Ekel und Abneigung besteht. Dies spricht für ein hohes Verantwortungs- und Pflichtbewusstsein der Pflegenden.

Hypothese 4:
Die Kommunikationskultur des Pflegeberufs ist nicht darauf ausgerichtet, das eigene Belastungsempfinden und Über-

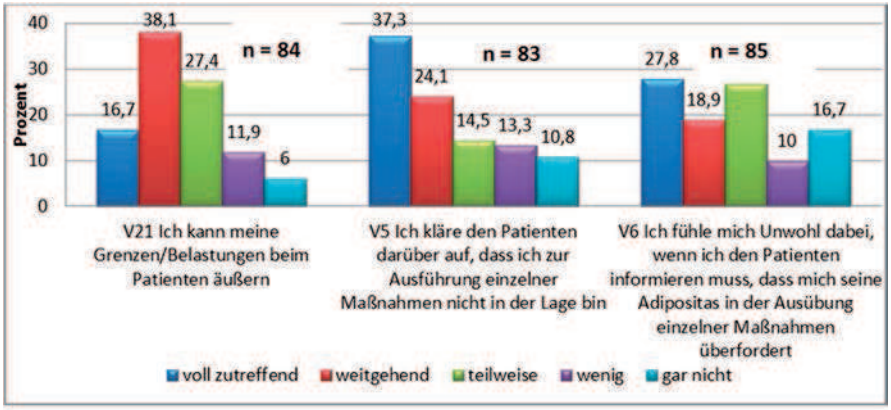


Abb. 8: Kommunikationskultur des Pflegeberufs: Patient

forderung vor dem Pflegeempfänger zu äußern oder im Kollegenkreis zu besprechen.

Beim Vergleich der Variablen fällt auf, dass 80 % der Pflegenden in der Lage sind, ihre Grenzen und Belastungen dem Patienten mitzuteilen. Fast ebenso viele Personen fühlen sich bei der Information an den Patienten jedoch zumindest teilweise unwohl. Ist eine Pflegeperson nicht in der Lage, eine Maßnahme aufgrund der Adipositas des Patienten durchzuführen, wird die Maßnahme nicht einfach unterlassen, zumindest in der Hälfte der Fälle wird der Patient über diesen Sachverhalt aufgeklärt.
Hier zeigt sich deutlich, dass die kommunikativen Kompetenzen bei den Pflegenden soweit vorhanden sind, dass diese ihre Belastungen bei den Patienten häufig verbalisieren können.
Zum überwiegenden Teil fühlen sich die Pflegenden dazu in der Lage, ihr Belastungsempfinden im Kollegenkreis zu besprechen. Etwas weniger, aber immer noch zwei Drittel der Befragten können ihre Belastungssituation auch mit dem Vorgesetzten besprechen, wie verdeutlicht. Eine Veränderung der personellen Besetzung erfolgt aber durch das Gespräch mit dem Vorgesetzten nicht.
Die Hypothese, dass Pflegende ihre Belastungssituation am Arbeitsplatz nicht thematisieren und besprechen können, kann mit vorangehender Darstellung als widerlegt angesehen werden.
Als Entlastungsstrategien werden kommunikativer Austausch und gegenseitige Unterstützung im Kollegenkreis erwähnt. Als wichtige Entlastungsstrategie wird eine entsprechende Freizeitgestaltung im Sinne von Sport, Entspannung und Ablenkung genannt.

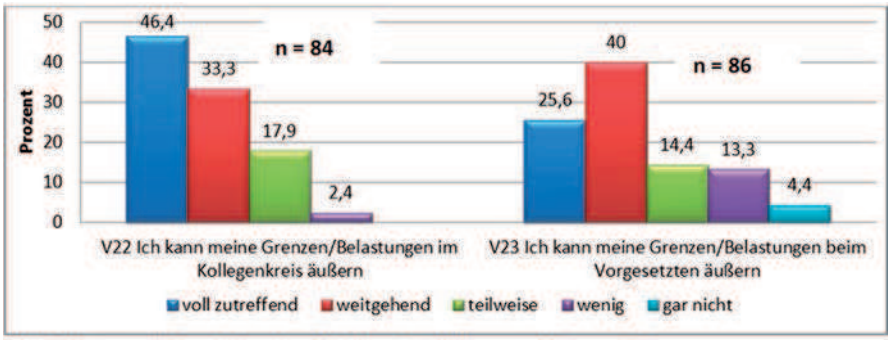


Abb. 9: Kommunikationskultur des Pflegeberufs: Kollegen und Vorgesetzte

Stellungnahme

Die erlebte Arbeitsbelastung der beruflich Pflegenden wird durch adipöse Pflegeempfänger verstärkt. Um wirksame entlastende Maßnahmen entwickeln zu können sind die Rahmenbedingungen der einzelnen Einrichtungen zu berücksichtigen, denn die Arbeitsbelastung hängt nicht nur von dem Gewicht des Pflegeempfängers und der Konstitution der Pflegeperson ab, sondern auch das Angebot an unterstützenden Hilfsmitteln, räumliche Gegebenheiten sowie Aspekte von Zeitdruck und Personalbesetzung haben beeinflussenden Charakter.
In diesem Bereich ist das Pflegemanagement der jeweiligen Gesundheits- und Pflegeeinrichtung verantwortlich.
Die Entwicklung und Umsetzung spezieller Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten für Pflegende ist weiter zu forcieren, um hier die Kompetenzen der Pflegenden weiter zu entwickeln.
Diese Aufgabe liegt im Bereich der Pflegepädagogik.
Aus pflegewissenschaftlicher Sicht ist die Wirksamkeit verschiedener Pflegemaßnahmen zu überprüfen. Darüber hinaus besteht auch die Anforderung, die Situation des adipösen Pflegeempfängers mit seinen speziellen Pflegebedürfnissen zu erfassen.

Ich bedanke mich bei allen Mitgliedern der FgSKW e.V. für die Unterstützung zur Durchführung dieser Studie.

Literatur beim Verfasser.

Heinz Behnje

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

hier sehen Sie die Titelseite der **März-Ausgabe** des Online-Magazins **„MagSi® InterAktiv"**.

Wir bieten Ihnen den **kostenfreien Bezug** der monatlich erscheinenden **„MagSi® InterAktiv"** an.

Bequem über das Aboformular auf unserer Homepage *www.fgskw.org/service/onlineformulare.php*

oder senden Sie einfach eine Nachricht per Mail an die Geschäftsstelle des FgSKW Fachverbandes unter: *sekretariat@fgskw.org*

Aktuelle Inhalte und Informationen erwarten Sie. Nehmen Sie Kontakt auf, wir freuen uns auf Sie!

„Epidermolysis Bullosa"

1 Was ist Epidermolysis bullosa (EB)?

EB ist ein Sammelbegriff für eine Gruppe genetisch bedingter Hauterkrankungen. „Epidermolysis bullosa (kurz: EB) ist eine genetisch bedingte Hauterkrankung, bei der die Haut schon bei geringster mechanischer Belastung Blasen bildet oder reißt. Ursache dafür ist die mangelhafte Verankerung von Hautschichten. Die Folge sind Blasen und Wunden am ganzen Körper aber nicht nur "außen" sondern beispielsweise auch im Mund, an Schleimhäuten, in den Augen und im Verdauungstrakt."
Körperliche Behinderungen (Minderwuchs, Finger- und Zehenverwachsungen, Bewegungseinschränkungen) treten im Verlauf, je nach EB-Typ, mehr oder weniger schwer auf.
Von den Strukturveränderungen selbst, aber auch im Verlauf als Folge, können beispielsweise auch Organe wie Lunge, Herz und Niere betroffen sein.

2 Die Vererbung der EB

Die EB wird autosomal-dominant oder autosomal-rezessiv vererbt.
Jeder Mensch bekommt sowohl von der Mutter als auch vom Vater eine Kopie von jedem einzelnen Gen. Bei der dominanten Vererbung ist in einer dieser Kopien ein Defekt, der zur Erkrankung führt. Bei den rezessiven Formen muss sowohl eine defekte Genkopie der Mutter als auch selbige vom Vater vorliegen um zu erkranken.
Da dies selten vorkommt, treten die dominanten Formen öfter auf.

3 Die Einteilung der EB

Die momentan gültige Klassifikation wurde 2007 auf dem „Third International Consensus Meeting on Diagnosis and Classification of EB" erarbeitet, so dass man aktuell nach den morphologisch lokalisierbaren Spaltungsebenen bzw. den Ebenen der Blasenbildung in der Haut gliedert.

Oftmals sind bereits Säuglinge von dieser Erbkrankheit betroffen

Daraus ergeben sich die drei Hauptformen, EB simplex, EB junktionalis und EB dystrophica, welche sich jeweils in weiteren Unterformen verzweigen. Diese werden anhand der Vererbung (dominant oder rezessiv) und nach den klinischen Verläufen gegliedert.
In verschiedenen Fachartikeln ist von einer vierten Form die Rede, dem Kindler Syndrom, wobei es sich eher um eine „unreine" Form handelt. Die Blasenbildung kann hierbei in jeder Ebene stattfinden.

In der Literatur spricht man bisher von mindestens 13 entdeckten Genen, die nachweislich, durch fehlerhafte Produktion bestimmter Proteine, EB verursachen. Besonders schlimme Verläufe nehmen die EB-Formen bei denen ein Protein gänzlich fehlt. „Neben der Form der Epidermolysis selbst sind Art und Umfang der Beteiligung extrakutaner Organe prognoseentscheidend und determinierend für die Lebensqualität der Patienten" (Höger, 2011: 245).

3.1 EB Simplex (EBS)

Diese erste Hauptgruppe stellt die häufigsten Formen dar. Die Spaltung tritt in der Epidermis innerhalb der basalen Keratinozyten (unterste Zellschicht der Epidermis) auf. Die Vererbung erfolgt meist autosomal dominant.

Die meisten Formen haben milde Verläufe, so dass die Blasen narbenlos abheilen. Nach Abheilung zeigt sich oft eine Hypo- bzw. Hyperpigmentierung.

3.2 Dystrophische EB (DEB)

Für die Entstehung der Formen von DEB sind Mutationen in den Genen für Typ VII-Kollagen verantwortlich. Typ VII-Kollagen bildet sogenannte verankernde Fibrillen (kettenartige Strukturen). Dadurch haften Dermis und Epidermis aneinander. Die Spaltung wird elektronenmikroskopisch unterhalb der Basalmembran (Lamina densa) sichtbar.
Da sich in dieser Region auch Blutgefäße und Nerven befinden, sind die Blasen oft blutgefüllt und schmerzhaft. Sie heilen auf Grund der Tiefe schlecht und nur mit Narbenbildung ab.
Die schwerste Form der DEB ist die schwere generalisierte RDEB (alte Bezeichnung Hallopeau-Siemens). Insbesondere in Regionen mit hoher Konsanguinität tritt diese Form auf.

3.3 Junktionale EB (JEB)

JEB wird immer autosomal-rezessiv vererbt und hervorgerufen durch Mutationen an den hemidesmosomalen Proteinen. Die Spaltbildung zeigt sich elektronenmikroskopisch entlang der Basalmembran.

Bilder/Grafiken: Heinz Behnje, © S.Kobold - Fotolia.com

3.3.1 JEB-Typ Herlitz (JEB-H)

Es handelt sich hierbei um eine schwerwiegende, meist letale Form der JEB. Blasen bilden sich permanent und großflächig von Geburt an. Auf Grund der fehlenden Verankerung zwischen Epidermis und Dermis, kommt es zu regelrechten hämorrhagischen Hautablösungen. Daraus resultieren Protein- und Flüssigkeitsmangel. Es kommt zu schweren Infektionen. Zusätzlich entstehen Blasen in der Luftröhre, im Verdauungstrakt und im Urogenitaltrakt. Heiseres Schreien macht die Larynxbeteiligung kenntlich. Oft versterben die Kinder bis zum zweiten Lebensjahr an schweren Infektionen und teilweise auch an Erstickung durch Blasen oder Vernarbungen in der Trachea.

3.4 Kindler-Syndrom (KS)

Das Kindler-Syndrom wird durch Mutation im sogenannten „KIND1"-Gen, welches sich in der Oberhaut befindet, verursacht. Die Krankheit wird autosomal-rezessiv vererbt. Die Haut weist bereits bei Neugeborenen Bläschen und trockene, schuppige Hautpartien auf. Auch die Schleimhäute sind betroffen. Im Verlauf nimmt die Blasenbildung ab und es kommt zu Hautatrophien. Körperareale, die der Sonne ausgesetzt sind, neigen zur Bildung von Plattenepithelkarzinomen.

4 Postnatale Probleme, Fehlerquellen

Bei der autosoma-dominanten Vererbung besteht eine 50 %-ige Wahrscheinlichkeit, dass das Neugeborene an einer Form von EB leidet. Da ein Elternteil selbst betroffen ist, wird dieser wohl bereits in einem EB-Zentrum betreut und man kann davon ausgehen, dass auch das Neugeborene von fachkundigen Ärzten und Pflegepersonal umsorgt wird. Anders ist die Situation wenn die Eltern nichts von ihren defekten Erbanlagen wissen und auch während der Schwangerschaft die Erkrankung des Säuglings nicht diagnostiziert wurde. Das ist meist bei den rezessiven Formen der Fall. Ungünstigerweise haben gerade diese Formen die schwereren Verläufe. Auf Grund der Seltenheit der Erkrankung kann man nicht davon ausgehen, dass EB sofort erkannt wird. Unwissentlich können schon schwere Fehler unter der Geburt gemacht werden. Durch zu festes Anfassen, kann man dem Säugling Verletzungen, je nach der Art der EB mehr oder weniger schwer, zuführen.

Schon eine Nabelklemme ist kontraindiziert, da sie auf der Haut, auf der sie aufliegt, Verletzungen hervorruft. Sie sollte durch eine Abbindeschnur ersetzt werden. Leider kommt diese in den wenigsten Fällen zum Einsatz, da die Erkrankung zu diesem Zeitpunkt meist noch unerkannt ist. Ebenso verhält sich die Situation mit dem Namensbändchen aus Plastik, welches auch größtenteils vor der Diagnosestellung angelegt wird. Neben den, für die sogenannte Schmetterlingshaut, gefährlichen Rändern, führt Schwitzen und die Reibung darunter zu Verletzungen, je nach EB-Form mehr oder weniger ausgeprägt.

Die I.E.B.debra hat eigens für Kinderstationen bzw. Neonatologische Stationen ein Informationsblatt erstellt. Dieses sollte direkt am Krankenhausbettchen des Neugeborenen angebracht werden, um mögliche Fehlerquellen, insbesondere Pflegefehler, auszuschließen. Theoretisch ein guter Gedanke, allerdings wird dieses in der Praxis nur dort zum Einsatz kommen, wo man die Thematik EB kennt und man auch von der Existenz eines solchen Schriftstückes Kenntnis hat.

5 Handling von Neugeborenen und Säuglingen

Sollte ein Inkubator unerlässlich sein, dann ist unbedingt ein Hitzestau zu vermeiden, da dies die Blasenbildung zusätzlich begünstigen würde.
Ein Kind mit EB sollte niemals schwitzen, das heißt, die Haut sollte sich immer trocken anfühlen. Wenn irgend möglich ist ein Bettchen vorzuziehen. Dies muss rundherum weich gepolstert sein, um jegliches Anstoßen zu vermeiden.
Um den idealen Wärmeaustausch zu gewährleisten ist es günstig das Kind auf einem Lammfell, über welches ein weiches Baumwolltuch gelegt wird, zu betten. Das Fell sollte allerdings sehr kurz sein, damit ein Einsinken des Kindes keine Reibung verursachen kann und das Baumwolltuch muss unbedingt glatt darauf liegen. Falten sind zwingend zu vermeiden. So kann das Kind auch mit dem Fell hochgenommen werden. Auch ein dünnes weiches Kissen mit einem Baumwollbezug oder einer Baumwollwindel als Auflage auf welchem das Baby liegt, kann von Vorteil sein, um es behutsam damit aus seinem Bettchen zu nehmen. Wenn man es direkt mit den Händen aufnehmen möchte rollt man es behutsam von sich weg auf die Seite und legt die Hände mit gespreizten Fingern unter Kopf und Gesäß und lässt es langsam zurück auf die Hände rollen. Sanfter Druck, ohne die Hände zu verschieben, wird meist gut toleriert.

Auf kurze Fingernägel ist dabei zu achten. Pflegepersonen die Einweghandschuhe tragen, sollten diese mit einer sehr fetthaltigen Creme eincremen bevor sie das Baby aufnehmen.
Es könnte sonst passieren, dass die Haut am Handschuh kleben bleibt.
Für den späteren Transport im Auto in einer Babyschale wird der Einsatz von großporigen Polyurethanschäumen als Auflage, zum Schutz vor starkem Schwitzen im Bereich des Rückens und dadurch bedingter Blasenbildung, empfohlen. Hier müssen auch die Gurte zusätzlich gepolstert werden. Niemals darf man diese Kinder unter den Armen anheben. Dieser Bereich ist besonders empfindlich und Scherkräfte sind dabei unvermeidlich. Wunden im Bereich der Achselhöhlen sind schwer zu versorgen und heilen schlecht. Als eine weitere Gefahrenquelle sind Schmuck und Accessoires an Kleidungsstücken anzusehen und unbedingt auszuschalten. Auch hier geht die Gefahr fürs Baby von der pflegenden Person aus.
Deshalb sollten keine Ringe, Ketten und Uhren getragen werden, wenn man das Baby anfassen möchte.
Nieten und Knöpfe sowie Reißverschlüsse an der Kleidung sollten unbedingt als Risikofaktor erkannt werden.

Auch wenn hier vielleicht der Eindruck entsteht, dass man das Baby lieber nicht anfassen sollte, um es nicht zu verletzen, so ist der Körperkontakt, insbesondere mit den Eltern, wie bei jedem gesunden Kind auch, unerlässlich. Es ist generell nicht möglich die Blasenbildung zu vermeiden und sollte das Kind doch mal eine Blase durchs Kuscheln bekommen, so ist dies durchaus vertretbar. Sobald die Eltern den Umgang mit ihrem Baby, auch in Bezug auf die Durchführung des Verbandwechsels erlernt haben und einer Entlassung des Babys aus medizinischer

Sicht nichts im Weg steht, sollte es in seine neue aber bald vertraute Umgebung entlassen werden. Hier muss man wieder unterscheiden:
Die Eltern, die im Vorfeld schon wussten, dass ihr Kind möglicherweise (50:50) mit der selben EB-Form geboren wird, an der einer von Ihnen selbst leidet, also bei der autosomal dominanten Vererbung, konnten sich einigermaßen vorbereiten. Allerdings hofft man wahrscheinlich bis zuletzt auf die „gesunden 50%". Bei der rezessiven Vererbung trifft es die Eltern völlig unvorbereitet.
Hier ist es sehr wichtig, dass die Eltern, so schonend das bei der Diagnose überhaupt möglich ist, umfassend aufgeklärt werden. Im günstigsten Fall wird ein „EB-erfahrener" Mediziner hinzugezogen. Psychologische Betreuung/ Beratung ist ebenfalls notwendig.
Wahrscheinlich dauert es bis zur Entlassung länger. Neben den eben genannten Faktoren spielt auch die Tatsache eine Rolle, das, wie bereits erwähnt, die rezessiven Formen meist schwerer verlaufen. Es ist nicht möglich eine Verlaufsprognose zu stellen, da auch innerhalb eines Krankheitsbildes unterschiedliche Verläufe zu erwarten sind.
Wenn der Tag der Entlassung dann gekommen ist, sollten einige Dinge beachtet werden: Das Kinderzimmer zum Beispiel sollte ein relativ kühler Raum sein, das Bettchen, wie oben beschrieben gut gepolstert. Meist hat man schon eine Bettumrandung fürs Babybett, diese reicht als Polsterung vorerst aus. Geeignete Matratzen, die die Luft zirkulieren lassen, sind im Sanitätshandel erhältlich. Der Wickeltisch muss gut beleuchtet sein, um die Verbände zu wechseln und die Wunden zu inspizieren. Wenn möglich sollte darüber ein Mobile (wahlweise auch mit Licht und/ oder Musik) angebracht werden, um für die nötige Ablenkung zu sorgen.
Da üblicherweise viel Zeit am Wickeltisch verbracht wird, sollte er sowohl fürs Baby als auch für die Eltern bequem sein. Auch sollte in Reichweite genügend Platz für die, neben den üblichen Pflegeutensilien, benötigten Verbandsstoffe eingeräumt werden.
Ein großer Mülleimer ist von Vorteil. Die benötigten Verbandsmaterialien müssen in ausreichender Menge vorhanden sein und rechtzeitig nachbestellt werden. Neben dem gewöhnlichen Inhalt einer Wickeltasche muss auch alles Nötige für einen Verbandswechsel enthalten sein.

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

care team

6 Kleidung

Die richtige Kleidung kann die Haut des Kindes schützen. Im unbekleideten Zustand können sich Babys durch unkontrollierte Bewegungen besonders leicht verletzen, wenn sie beispielsweise ihre nackten Füßchen aneinander reiben oder mit den Armen/ Händchen über den Brustkorb oder das Gesicht reiben. Prinzipiell sollte leichte Baumwollkleidung bevorzugt werden.
Die Unterwäsche der Kinder sollte auf links gezogen werden, um eventuelle Hautschädigungen durch die Nähte zu vermeiden. Etiketten sind herauszutrennen, da diese auf der Haut scheuern können. Strampler mit geschlossenen Füßen sind Strümpfen vorzuziehen.
Die Hände sind je nach Notwendigkeit mit Handschuhen oder auch Verbänden zu schützen. Später sollten einengende Bündchen eingeschnitten werden.
Es werden Latzhosen empfohlen, damit es nicht zu Reibung durch den Hosenbund kommt. Mittlerweile gibt es aber auch Kinderbekleidung mit weichem, elastischem Bund. Der Halsausschnitt muss immer groß genug und elastisch sein, um problemlos mit dem Kopf durchzupassen. Für die Säuglinge gibt es Bodys zum Wickeln, so dass sich dieses Problem erst später stellt.
Generell soll die Kleidung locker und weich sein. Im Zusammenhang mit EB wurde auch DermaSilk genannt. Zahlreiche Studien zur Wirksamkeit von DermaSilk bei anderen Hauterkrankungen (z.B. atopische Dermatitis) bestätigen die positive Wirkung.

7 Pflege allgemein

Auch hier gilt behutsames Vorgehen. Wenn man den Säugling wäscht, darf man keinesfalls mit einem Lappen die Haut reiben, lediglich tupfen und dies sollte auch nicht mit einem Frotteelappen geschehen, sondern mit einem weichen Baumwolltuch oder Einmalwaschlappen. Diese gibt es auch speziell für Babys. Zum Abtrocknen sollte ebenfalls eine weiche Baumwollwindel verwendet werden, wobei auch hier nur vorsichtig getupft werden darf.
Die Empfehlungen fürs Baden schwanken je nach Ausprägungsgrad der EB von 1x täglich bis 1x wöchentlich, natürlich auch in Abhängigkeit von den Verbandwechselintervallen. So kann eine atraumatische Entfernung der Verbände durch ein Bad sehr erleichtert werden.
Besondere Aufmerksamkeit gilt der Windelregion. Stärkere Verschmutzungen in diesem Bereich sollte man mit Hilfe einer Spritze mit lauwarmem Wasser abspülen. Im Vorfeld sollten die schwer zu reinigenden Stellen mit einer imprägnierten Gaze belegt werden, auf welche eine Schicht Creme (z.B. Bepanthen) aufgetragen wird.
So erleichtert man die Reinigung.
Bei intakter Windelregion können die handelsüblichen Pflegeprodukte für Babys verwendet werden. Die Creme

Neues Design!
Gleicher Inhalt!

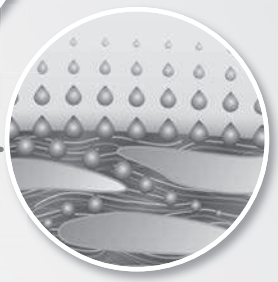
Von Anfang an Hautprobleme vermeiden

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 Enzymblocker

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 McGroggan, 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

darf jedoch nur aufgetupft und nicht verrieben werden. Unter den Gummibündchen der Windeln kann, wenn nötig, ein Schaumverband aufgebracht werden. Manchmal reicht es aus diese Regionen mit weichen Kompressen zu schützen. Eventuell müssen die elastischen Gummis herausgeschnitten werden, wobei dann ein doppeltes Wickeln nötig wird, um Auslaufen zu vermeiden. Empfohlen werden auch Stoffwindeln. Solange der Nabel nicht abgefallen ist, sollte um die Region ebenfalls ein dünner Schaum aufgelegt werden, um Reibung zu vermeiden.
Die Nägel sollten möglichst geschnitten werden während das Baby schläft.
Da bei einigen EB-Formen die Gefahr der subungualen Blasenbildung besteht, würde man diese, durch den Druck beim Festhalten der Finger, begünstigen.
Es wird empfohlen, falls das Kind an den Fingern saugt, ihm Handschuhe oder auch Socken überzuziehen.
Beruhigungssauger werden generell nicht empfohlen, da durch das Saugen Blasen an der Mundschleimhaut, sowie im Bereich der äußeren Mundregion entstehen können, was wiederum abhängig von der jeweiligen Krankheitsform ist. Sollte darauf nicht verzichtet werden können, dann könnte ein Naturlatex-Sauger mit weicher Platte verwendet werden, welcher mit abgekochtem Wasser befeuchtet wird.
Die Region um den Mund herum wird mit einer Fettcreme vor unmittelbarer Reibung geschützt. Selbiges gilt auch beim Stillen. Sofern das Kind genug Kraft fürs Stillen aufbringt, müssen, zusätzlich zur Region um den Mund, sowohl die Wangen des Säuglings als auch die Brustwarzenumgebung der Mutter großzügig mit Vaseline oder Bepanthen gecremt werden, um Reibung mit der Haut der Mutter so gering wie möglich zu halten. Sollte es mit dem Stillen nicht klappen und das Kind muss mit der Flasche gefüttert werden, wurde vermehrt über gute Erfahrungen mit dem Habermann Sauger berichtet. Bei EB-Kindern erleichtert er die Nahrungsaufnahme, da sie nicht saugen müssen und somit die Gefahr der Blasenbildung der Mundschleimhaut durch zusätzliche Reibung minimiert wird. Der Habermann Sauger funktioniert durch eine Art Melkbewegung von Zunge und Unterkiefer. Auch dieser muss vorher befeuchtet werden um ein Ankleben an den Lippen zu vermeiden. Möglich ist es auch, das Loch eines herkömmlichen Saugers zu vergrößern, indem man es ein wenig kreuzförmig einschneidet. Durch ein größeres Saugerloch besteht allerdings die Gefahr, dass das Baby Luft schluckt und dadurch Koliken bekommen könnte. Deshalb ist es wichtig immer Nahrung im Sauger zu haben. Während der Mahlzeit sollte man es deshalb einmal aufstoßen lassen. Dabei klopft man ihm sanft auf den Rücken oder schaukelt es über den Knien. Keinesfalls darf man EB-Kindern den Rücken reiben.
Sollten offene Stellen im Mund die orale Nahrungsaufnahme behindern, so können diese mit Herviros-Lösung betupft werden. Diese wirkt oberflächlich betäubend und sollte vor der Mahlzeit mit einem Wattestäbchen vorsichtig auf die betroffenen Stellen aufgebracht werden. Es wird von einer großflächigen Behandlung abgeraten, da dadurch der komplette Mundbereich betäubt wird und so kein Gefühl, sowohl für die Brustwarze beim Stillen, als auch für den Sauger der Flaschennahrung vorhanden ist. Trinken wäre in jedem Fall erschwert wenn nicht sogar unmöglich.
In einigen Fällen kann es vorkommen, dass die Nahrungsaufnahme mit einer Spritze oder einer Pipette erfolgen muss. Wenn die Mundschleimhaut zu stark betroffen ist, kann auch vorübergehend (oder auch dauerhaft) eine Magensonde nötig sein.

8 Ernährung

Ausreichende, gesunde Nahrung ist in jeder Lebensphase wichtig. Besondere Bedeutung kommt ihr aber im Wachstumsalter zu und noch wichtiger ist ein ausreichendes Nährstoffangebot im Wachstumsalter bei Kindern mit EB. Hier werden zusätzliche Nährstoffe unter Anderem für eine schnelle Wundheilung und zur Bekämpfung von Hautinfektionen benötigt. Muttermilch ist auch bei diesen Kindern die erste Wahl und sollte, egal wie sie letztendlich appliziert wird und ob sie als alleinige Ernährung ausreichend ist, immer genutzt werden. Sie enthält zusätzlich Immunglobuline zur Abwehr von Infektionen und Präbiotika, wichtig für eine normale Bakterienbesiedlung im Darm. Letzteres ist bei EB-Kindern besonders nötig, um Obstipation zu vermeiden.
An der Zunahme von Größe und Gewicht sowie dem Kopfumfang lässt sich die Entwicklung messen. Ob das Wiegen mit oder ohne Verbänden durchgeführt wird, hängt vom Ausprägungsgrad der Erkrankung ab, sollte aber immer in gleicher Form erfolgen, um verlässliche Werte zu erhalten. Bei zu langsamer Gewichtszunahme gibt es verschiedenste Möglichkeiten. Zum Einen ist es möglich zusätzlich zum Stillen mit Flaschennahrung zuzufüttern oder auch die abgepumpte Muttermilch anzureichern. Eine weitere Option wäre eine Säuglingsnahrung mit hoher Nährstoffkonzentration. Eine individuelle Ernährungsberatung wird im Rahmen der interdisziplinären Betreuung in EB-Zentren immer angeboten und sollte auch in Anspruch genommen werden.

Kurz möchte ich im Rahmen der Ernährung auf die Obstipation eingehen.
Oft ist dies eine Folge von zu geringer Flüssigkeitsaufnahme. Normalerweise benötigen Babys keine zusätzliche Flüssigkeit, da sowohl in der Muttermilch als auch in den verschiedenen Säuglingsnahrungen ein ausgewogenes Verhältnis herrscht. Allerdings können verschiedene Umstände dazu führen, dass die Gabe zusätzlicher Flüssigkeit erforderlich wird. So kann dies z.B. bei heißem Wetter oder bei zu geringer Nahrungsaufnahme der Fall sein.
Bei EB-Kindern mit einer ausgeprägten Blasenbildung erhöht sich der Bedarf zusätzlich. Wenn möglich sollte dann zusätzlich abgekochtes Wasser oder ungesüßter Tee (z.B. Fenchel) verabreicht werden.
Bei einigen EB-Formen ist die Stuhlentleerung selbst bei weichem Stuhl schmerzhaft für die Kinder, da sich im Bereich des Anus Blasen bilden. Deshalb kann es auch ohne ersichtlichen Grund zum Stuhlverhalten kommen, wodurch dieser immer fester wird und die Defäkation immer schmerzhafter. Die Kinder fühlen sich zusätzlich unwohl. Prävention ist hierbei unerlässlich! Neben ausreichender Flüssigkeitsgabe kann im späteren Verlauf, sobald mit Breikost zugefüttert wird, mit entsprechenden Obst- oder Gemüsebreien einer Verstopfung entgegengewirkt werden.
Ab dem 8. Lebensmonat wird in einer Abhandlung der österreichischen Ärztin Dr. Katharina Ude-Schoder, welche sich auf das Krankheitsbild EB spezialisiert hat, die Gabe von Benefiber empfohlen. Es handelt sich um lösliche, geschmacksneutrale Ballaststoffe, welche keine zusätzliche Flüssigkeit zum Quellen benötigen. Diese sollten langsam eingeschlichen werden. Ab dem 10.

Lebenstag wird außerdem zur Gabe von Vitamin D geraten. Da bei vielen EB-Formen im Verlauf Zahnprobleme zu erwarten sind, sollte anteilig Fluorid enthalten sein.

9 Wundversorgung

Vor jedem Verbandswechsel ist eine gewissenhafte Händedesinfektion die wichtigste Maßnahme zur Infektionsvermeidung. Idealerweise wird der Verbandswechsel bei Säuglingen und Kleinkindern von zwei Personen durchgeführt, wobei eine die jeweilige Extremität hält und die benötigten Materialien zureicht und die andere die Verbände anlegt. Es wird empfohlen an den Beinen zu beginnen und sich dann nach oben zu arbeiten. Blasen müssen bei allen Formen von EB in jedem Fall punktiert werden, da sie sich nicht allein zurückbilden. Dies sollte mit einer kleinen, sterilen Kanüle an mehreren Stellen geschehen. Der Innendruck, welcher durch die darin enthaltene Flüssigkeit entsteht ist schmerzhaft und würde bei Nichteröffnung zu einer Vergrößerung führen. Wenn die Blase nicht infiziert ist, sollte das Blasendach belassen werden, da es einen natürlichen Verband darstellt. Anders bei infizierten eitrigen Blasen, hier muss das Dach in jedem Fall entfernt werden, damit die Wunde desinfiziert werden kann. Bei Infektionsverdacht wird die Wunde fünf Minuten lang mit einer Desinfektionslösung (z.B. Octenisept, Lavanid, Prontosan) behandelt.

Falls keine Besserung eintritt oder Fieber dazu kommt ist ein Wundabstrich nötig und oral muss ein Antibiotikum verabreicht werden. Hierbei ist zu bedenken, dass es im Verlauf des Lebens, je nach EB-Typ mehr oder weniger oft zu Infektionen kommen kann. Die Gefahr der Resistenzentwicklung ist dabei sehr hoch einzuschätzen, insbesondere bei langjähriger unselektiver Anwendung. Silberhaltige Verbände werden bei Säuglingen nicht empfohlen, da die Gefahr der Argyrie besteht, eine irreversible Graufärbung (auch graublau) der Haut und Schleimhaut auf Grund von Silber. Die Haut verhält sich unter EB anders als die normale Haut, so dass auch Verbandsmaterialien, die als nicht klebend beschrieben werden trotzdem eine adhäsive Wirkung haben können. Es ist wichtig, die verschiedenen, auf dem Markt befindlichen Produkte, auszuprobieren um das Optimale zu finden. Auf frischen Wunden wird als erste Auflage eine wirkstofffreie, sterile, feuchte und nichthaftende Wundauflage aufgebracht. Die Wunden müssen unbedingt komplett damit abgedeckt werden, um ein Ankleben der nachfolgenden Materialien zu vermeiden und somit weitere Hautschäden zu verhindern. Je nach Herstellerinformationen und Wundbeschaffenheit, können diese Materialien mehrere Tage auf der Wunde verbleiben. Als zweite Wundauflage werden oft nur weiche Vliesstoffkompressen verwendet. Je nach Exsudatmenge auch verschiedene Schaumverbände.

Diese Verbände werden bei Bedarf täglich und bei geringerer Sekretion auch nur alle zwei Tage gewechselt. Zur Fixierung der beiden Wundauflagen empfehlen sich einfache Mullbinden. Um Pflaster ganz zu vermeiden, können diese dann mit einer kohäsiven Fixierbinde befestigt werden. Beim Wickeln muss darauf geachtet werden nicht zu fest, aber auch nicht zu locker zu wickeln. Wichtig ist, dass niemals Pflaster auf die Haut geklebt wird, auch nicht bei intakter Haut dieser Patienten. Es lässt sich bei kaum einer Form der EB wieder entfernen ohne dabei die darunterliegende Hautschicht mit zu entfernen. Sollte es doch einmal, aus welchen Gründen auch immer, passiert sein, dann ist die günstigste Variante, dieses nicht zu entfernen, sondern zu warten bis es sich von selbst löst.

Sind an den Fingern oder den Zehen Wunden zu versorgen, so ist es notwendig diese einzeln zu verbinden, da ein weiteres Problem bei einigen Formen der DEB die Mutilation der Hände und Füße darstellt. Auch wenn über kurz oder lang die Verwachsungen der Gliedmaßen nicht zu vermeiden sind, so ist es umso wichtiger, dies nicht durch unsachgemäße Versorgung zu beschleunigen. Es bedarf nicht viel Vorstellungskraft um die Folgen zu erkennen, wenn beispielsweise die Finger zusammen verbunden werden. Bei schweren Formen können durch den Druck oder die Reibung, auch an zuvor intakter Haut der Finger, Blasen, und daraus resultierend, Wunden entstehen.
Diese begünstigen ein Zusammenwachsen. Aber auch bei Einzelverbänden kommt es auf Grund der Vernarbungen zu unvermeidlichen Kontrakturen.

10 Therapie

Leider gibt es bisher noch keine Möglichkeiten der Heilung. Als effektivste Therapie gilt immer noch die Prävention. Umso wichtiger ist die Aufklärung aller an der Pflege des Kindes beteiligten Personen über sämtliche Schutzmaßnahmen zur Vermeidung neuer Blasen. Der Säugling ist auf die Kompetenz aller Beteiligten angewiesen, da er ihnen schutzlos ausgeliefert ist.
Deshalb sollte der Personenkreis derer, die direkten Kontakt zum Kind haben sehr ausgesucht und überschaubar sein. Der Wundversorgung obliegt als symptomatische Therapie der größte Stellenwert. Es gibt mittlerweile verschiedene Behandlungsansätze an denen geforscht wird, so dass die Gentherapie nicht mehr allein im Focus steht.

11 Fazit

Man kann, bzw. man darf diese Wunden keinesfalls wie eine „normale" Wunde behandeln. Die Haut weist im vermeintlich intakten Zustand schon Defekte im Aufbau auf. Die Wundversorgung muss sich auch auf die weiträumige Umgebungshaut beziehen und darf keinesfalls mit klebenden Materialien erfolgen.
Hier wird sehr deutlich, wie wichtig eine Diagnose ist und vor Allem wie wichtig es ist daraus die richtige Versorgung abzuleiten. Niemand gibt gern Wissenslücken zu, aber gerade bei dieser Ausarbeitung ist mir bewusst geworden, dass man sich nicht auf allen Gebieten spezialisieren kann. Deshalb sollte man bei speziellen Krankheitsbildern auch auf dementsprechendes Fachpersonal zurückgreifen. Auch wenn Wundexperten in größtenteils profitorientierten Homecare-Unternehmen angestellt sind, so haben doch alle auch eine Eigenverantwortung für ihr Handeln. Der Umsatz kann und darf nicht an erster Stelle stehen, da dort unbedingt das Wohl des Patienten anzusiedeln ist. Ich hätte diese Arbeit ohne das Internet nicht schreiben können. Allerdings habe ich mir auch Gedanken darüber gemacht, wie viele Dinge, seien es nun Bilder, Videos oder auch geschriebene Artikel, auf Eltern wirken mögen, wenn sie gerade die Diagnose EB ihres Babys erfahren haben. Ich habe manchmal geweint und meine beiden Kinder sind gesund ...

Grit Sanderbrand
g.sanderbrand@gesundheitgmbh.de

SenSura® Mio

JETZT
auch in
40–55 mm

Passt sich individuellen Körperformen an. Für ein sicheres Gefühl.

Folgt den natürlichen Körperbewegungen

SenSura® Mio ist die Kolostomieversorgung mit dem einzigartigen elastischen Hautschutz von Coloplast. Er kann sich problemlos an individuelle Bauchformen und Konturen wie Hernien, Narben, Hautfalten und andere Unregelmäßigkeiten anpassen – und folgt den natürlichen Körperbewegungen wie eine zweite Haut.

Weitere Informationen finden Sie unter www.coloplast.de

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

Coloplast

The Coloplast logo is a registered trademark of Coloplast A/S. © 2012-11 All rights reserved Coloplast A/S, 3050 Humlebæk, Denmark.

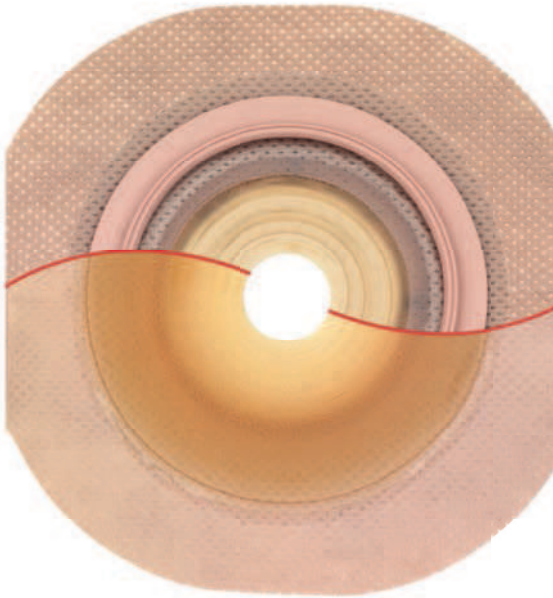
A Hollister Technology

FormaFlex

Hautschutzplatte

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

Hollister

Ein Meilenstein in Sachen Hautschutz.

Hollister und logo, Conform 2 und FormaFlex sind Warenzeichen von Hollister Incorporated. © 2012 Hollister Incorporated.

Neue Informationsbroschüre

"Wir leben mit einem Stoma – 10 + 1 Stomaträger erzählen ihre Geschichte"

In der 48-seitigen Broschüre der Selbsthilfe Stoma-Welt e.V. "Wir leben mit einem Stoma" berichten Stomaträger über ihr Leben mit einem künstlichen Darmausgang oder einer künstlichen Harnableitung – offen und mit ihren eigenen Worten. Das ist ungewöhnlich, denn das Leben mit einem Stoma ist noch immer ein gesellschaftliches Tabu. Dabei gibt es allein in Deutschland mehr als 120.000 Betroffene. Der Tabuisierung folgen Vorurteile und unbegründete Ängste. Während vor wenigen Jahrzehnten ein Stoma tatsächlich noch eine Minderung der Lebensqualität und der sozialen Teilhabe bedeutete, können Stomaträger heute weitgehend ein normales Leben führen.
Die Broschüre soll Stomaträgern Mut machen, vor allem Neu-Betroffenen und deren Angehörigen.

Der im Jahr 2010 gegründete Selbsthilfeverein für Stomaträger verfolgt mit der Kampagne "Wir leben mit einem Stoma" im Internet und als gedruckte Broschüre: zwei Ziele: Zum einen sollen Menschen unterstützt werden, die neu mit einem Stoma konfrontiert sind und wie viele Betroffene vor ihnen kaum eine Ahnung davon haben, was auf sie zukommt. Zum anderen soll auch öffentlich gezeigt werden, dass ein künstlich geschaffener Ausgang heute keine große Sache mehr ist. Denn tatsächlich lässt sich auch mit einem Stoma sehr gut leben.

10 Stomaträger im Alter von 22 bis 78 Jahren und die Eltern eines heute dreijährigen Kindes, das ohne natürlichen Darmausgang zur Welt kam, erzählen ihre persönlichen Geschichten: Warum sie ein Stoma bekamen und wie sie damit leben.
Unter ihnen ist die 36-jährige Klaudia. Sie ist an Morbus Crohn erkrankt und hat seit zwei Jahren ein Stoma: "Das war für mich eine Sache, die alte Leute haben und nicht junge Menschen wie ich... Ich dachte, das betrifft mich nicht!". Nach der Operation hat sie im Krankenhaus noch resigniert: "Dann hätten sie mich gleich sterben lassen können!". Doch heute kommt sie mit ihrem Stoma gut zurecht und sie konnte auch ihren früheren Beruf wieder aufnehmen. Sie ist froh, "wieder einen ganz normalen Alltag mit einer Aufgabe zu haben".

In der Broschüre wird nicht ausgelassen, dass ein Stoma zunächst für jeden Betroffenen immer ein harter Einschnitt in das bisher gewohnte Leben ist. Denn die Kontrolle über die eigenen Körperausscheidungen geht verloren. Das Stoma wird so zum täglichen Begleiter. "Das funktioniert jetzt alles richtig gut", erzählt die 77-jährige Luise in ihrem Erfahrungsbericht. Sie hat die gesamte Entwicklung der modernen Stomaversorgung mit erlebt, denn sie lebt bereits seit 60 Jahren mit einem Stoma. Als sie es 1952 bekam, hatte ihr damals der Schlosser des Krankenhauses einen Auffangbehälter aus Blech angepasst. "Mit Lederriemen, die wurden um den Bauch festgebunden. Geruchsmäßig ging das gar nicht!
Ich habe mich so auch nirgendwo hin getraut." Anderen Betroffenen gibt sie heute den Rat: "Den Krebs können Sie besiegen - und das Stoma, das ist dann gar nicht mehr so schlimm. Und manchmal kommt das auch wieder weg, nur nicht drängeln!".

Die Erfahrungsberichte sind online und als Broschüre erschienen.
Die Broschüre kann kostenfrei unter *www.wir-leben-mit-einem-stoma.de* oder telefonisch über das Beratungstelefon der Selbsthilfe Stoma-Welt e.V.: 0800 200 320 105 (kostenfreie Nummer innerhalb Deutschlands) angefordert werden.

irrimed classic

Der akkubetriebene Irrigator für stuhlinkontinente Patienten sowohl zur Stoma- als auch zur rektalen Darmspülung

Dipl.-Ing. H. Schaefers Medizintechnik GbR

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

Borkener Str. 50
46342 Velen - Ramsdorf

Tel.: 02863 95024 info@schaefers-medizintechnik.de
Fax: 02863 95025 www.schaefers-medizintechnik.de

Klassifizierung und Einschätzung von Dekubitalulzerationen in klinischen Einrichtungen

1. Einleitung

In Deutschland haben etwa 750.000 bis 1,5 Millionen Menschen einen Dekubitus, dabei liegt die Prävalenz in deutschen Kliniken bei rund 15,1 %. Die meisten Patienten entwickeln Ihren Dekubitus während eines Krankenhausaufenthalts. Der Verfasser arbeitet in Vollzeit in der Funktion des Wund-/Stoma Pflegers am Rudolph- Virchow-Klinikum der Berliner Charité. Zu seinen Aufgaben gehören u.a. auch die Hilfestellung bei der Einschätzung von Wundheilungsstörungen, welche in der Regel zunächst vom jeweiligen Stationspersonal (Pfleger wie auch Ärzte) selbst behandelt werden. Stagnieren solche Heilungsverläufe oder kann der Wundtyp nicht eindeutig ermittelt werden, fordert das Pflegepersonal den Verfasser dieser Arbeit an. Zusammen mit der zuständigen Pflegekraft und dem behandelnden Arzt wird dann entschieden, welche Maßnahmen eingeleitet werden.

Abstract

In Germany, about 750,000 up to 1. 5 million people have a pressure ulcer and the prevalence of pressure ulcers in German Hospitals is about 15,1 %. Most patients develop a pressure ulcer during a hospital treatment.
The author works as a male nurse, full time employed in stoma- and wound care at the Rudolph Virchow Hospital, a part of the Berlin Charité.
It beleongs to his tasks, to give assistance in assessement of wound healing failures, which are normally treated at the first step by the staff of the hospital unit themselves (nurses and physicians). If such healing courses stagnate or the type of the wound cannot be found out obviously, the nursing staff requests the author of this work. Together with the responsible nurse specialist and the treating physician then it is decided, which measures are initiated.

Anlass für dieses Thema

In der Praxis zeigt sich oft der Umstand, dass Patienten mit falschem Wundtyp dokumentiert werden. Auch die aktuelle Dekubitus-Klassifikation ruft bei unerfahrenen Behandlern Unsicherheit hervor. Eine Auswahl weiterer Besonderheiten, welche die Heilung einer Wunde bzw. eines Dekubitus beeinflussen, sollen in dieser Arbeit beleuchtet werden.

Relevanz für die Fachwelt

Sicherer Umgang mit der aktuellen Dekubitus-Klassifikation und Einbeziehung nicht alltäglicher Parameter, die aber den weiteren Wundverlauf maßgeblich beeinflussen.

Zielsetzung

Das Ziel dieser Arbeit ist es, speziell für den Dekubitus, den Blick auf wichtige Wund-Parameter zu schärfen um so mehr Sicherheit im Umgang mit nicht heilenden Dekubitalulzerationen zu erlangen. Ein großer Schwerpunkt wurde auf die Dekubitusklassifikation und deren eindeutige Unterscheidungsmerkmale gelegt. Der Autor setzt die primäre Kausalbehandlung der jeweiligen Wundzustände, die Auswahl geeigneter, druckreduzierender Systeme voraus und setzt sein Augenmerk gezielt auf die lokale Wundbegutachtung.

2. Klassifizierung und Einschätzung von Wundheilungsstörungen

2.1 Dekubitus

2.1.1 Definition und Gradeinteilung

Die derzeit gültige internationale Definition des Dekubitus wird nach der

Grad	Beschreibung	Definition
1	Nicht wegdrückbares Erythem	Persistierende Hautrötung
2	Blase	Teilverlust der Haut mit Schädigung von Epidermis, Dermis oder beiden Hautschichten. Das Druckgeschwür ist oberflächlich und manifestiert sich klinisch als Hautabschürfung oder Blase
3	Oberflächliches Druckgeschwür	Hautdefekte von Epidermis und Dermis einschließlich Schädigung oder Nekrose des subkutanen Gewebes. Die Schädigung ist von der Unterhautfaszie begrenzt[2]
4	Tiefes Druckgeschwür	Ausgedehnte Zerstörung, Gewebsnekrose oder Schädigung von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z.B. Sehnen, Kapseln) mit oder ohne Verlust aller Hautschichten.

Bilder: Daniel Rohweder

EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel) bzw. der NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel) beschrieben, sie lautet:

„Ein Dekubitus ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und/ oder des darunterliegenden Gewebes, in der Regel über knöchernen Vorsprüngen, infolge von Druck oder von Druck in Kombination mit Scherkräften."

Die EPUAP weißt darauf hin, dass es noch weitere Faktoren zur Dekubitus-Entstehung gibt, deren Bedeutung aber im Kontext noch zu klären ist. (Feuchtigkeit, Alter des Patienten, dermatologische Erkrankungen usw.)
Der Grad der Gewebeschädigung wird durch die EPUAP/ NPUAP beschrieben und löst die alte Definition nach Prof. W.O. Seiler ab.

Das aktuelle EPUAP/ NPUAP[1] Dekubitus Klassifikationssystem gliedert die Gewebeschädigung folgendermaßen:
In Deutschland gibt es eine Besonderheit bei der Einschätzung des Grad 4 Dekubitus. Dieser kann z.B. an der Ferse ja durchaus noch geschlossen sein.
Es zeigt sich das klassische Bild einer Fersen-Nekrose. Da auf Grund der dort vorherrschenden, im Vergleich sehr spitzen Knochenform der Dekubitus in der Regel von innen nach außen entsteht, ist es naheliegend, diesen Dekubitus als Grad 4 einzustufen.
Der Betrachter kann aber erstmal nicht unter die geschlossene Nekrose schauen zumal diese auch erst entfernt wird, wenn sie ausreichend demarkiert ist.
Daher wird in Deutschland nach ICD-10[(3)] ein Grad 3 dokumentiert.

Grad 4 Dekubitus, der aber wegen des nicht zu durchschauenden Nekrosendeckels in Deutschland als Grad 3 klassifiziert wird.

In der Praxis erscheint bei oben genan-nter Grad-Einteilung die erste Schwierigkeit. Dem Verfasser fiel auf, dass die Grad-Einteilung als Beschreibung des Heilungsverlaufes herangezogen wurde. In der Dokumentation wurde dann z.B. ein Grad 4 Dekubitus nach wenigen Wochen als Grad 3 klassifiziert, im weiteren Verlauf dann als Grad 2 usw.

Die EPUAP/ NPUAP Klassifikation beschreibt ausschließlich die Tiefe der Hautschädigungen und darf keinesfalls zur Dokumentation des Heilungsverlaufes benutzt werden. Ein Dekubitus darf also nicht zurückgestuft werden, außer der Behandler hat sich bei seiner Ersteinschätzung geirrt.

2.1.2 Objektive Parameter der Wundheilung

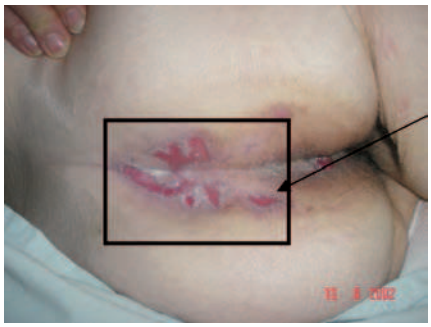
Für den Heilungsverlauf des Dekubitus oder der Wunde im Allgemeinen sollten immer objektive Parameter verwendet werden, die sich entsprechend in beide Richtungen ändern können.
Dazu zählen: Länge, Breite, Tiefe, Beschaffenheit des Wundrandbereichs (reizlos, nässend, mazeriert[4], mykotisch[5], hyperkeratotisch[6], fettig, ekzematös[7], livide verfärbt, Allergie), Wundgrund (Fibrinbeläge, Nekrosen (jeweils feucht und trocken), Granulation, Epithelbildung), Exsudatmenge und Beschaffenheit (putride[8], serös, blutig) Infektionszeichen (Rötung, Schwellung, Schmerz, Überwärmung, Funktionseinschränkung), Wundheilungsphase (Exsudative Phase, Proliferative Phase, Epithelisierungsphase).

Das Erkennen weiterer Parameter, wie das Vorhandensein von Fisteln[9] oder Wundtaschen, Schmerzsymptomatik, helle Epitehlsäume im Wundrandbereich als Hinweis auf die Epithelisierungsphase bzw. rote Säume als Hinweis auf die Exsudative Phase, Vorhandensein von Fremdkörpern (z.B. Kalk, Knochensplitter, Sehnen, Knorpel) erleichtern die nachfolgende Therapie erheblich.

2.1.3 Dekubitus-Fehlinterpretationen

2.1.3.1 Feuchtigkeitsbedintge Läsionen

Eine häufige Fehlinterpretation des vermeintlichen Dekubitus ist die Feuchtigkeitsbedingte Läsion. Sie entsteht nicht durch Druck oder Scherkräfte sondern durch das lange Einwirken von Schweiß, Urin oder Stuhlgang. In der Dokumentation finden sich dann häufig Wunden mit sehr geringen Ausmaßen z.B. 0,7 x 1,4 cm, die als Dekubitus Grad 2 klassifiziert sind.
Solche Läsionen treten auch häufig in Gruppen unterschiedlicher Größe auf.



• *Gruppe von feuchtigkeitsbedingten Läsionen*

Die Abgrenzung zu einem Dekubitus kann gefunden werden, wenn die Wunde im Gesamtkontext beurteilt wird.

- Wie mobil ist der Patient?
- Liegt die Wunde tatsächlich über einem Knochen?
- Hatte der Patient in den letzten Tagen starken Durchfall?
- Ist der Patient inkontinent?
- Wurde der Patient vor kurzem mit einem Kautermesser operiert?
- Leidet der Patient an Bewusstseinsstörungen?

Besonders am Gesäß wird der Dekubitus oft falsch interpretiert. Die klassischen Prädilektionsstellen sind u.a. das Kreuzbein sowie das Steißbein und das Sitzbein. In der Praxis sind die meisten Wunden aber genau dazwischen zu finden. Entweder seitlich zum Kreuz-/ Steißbein, also an der dicksten Stelle des Gesäßes und dort auch meist genau mittig, also nicht auf dem Sitzbein sondern darüber. Hier ist es also eher unwahrscheinlich, dass der Patient einen Dekubitus hat. Auch sind Wunden zwischen den Gesäßhälften (wo beide Gesäßhälften beim Liegen aufeinander drücken) i.d.R. feuchtigkeitsbedingt.

2.1.3.2 Iatrogene Verbrennungen

Ein weiteres Phänomen bei der Dekubituseinschätzung sind nicht erkannte Verbrennungen/Verbrühungen.
Solche Wunden entstehen intraoperativ beim Einsatz eines Kautermessers (Diathermie oder Elektrokauterisation). Der Operateur desinfiziert zu Beginn seines Eingriffs das OP-Gebiet mit reichlich Hautdesinfektionsmittel,

welches vom Patienten heruntertropft und in der Regel am Gesäß eine Pfütze bildet. Der Patient bekommt auf seinen Oberschenkel eine Elektrode geklebt, über die der Strom wieder abfließen kann, befindet sich aber dazwischen eine „Desinfektionsmittelpfütze" nimmt der Strom den Weg des geringsten Widerstandes und verursacht dann Verbrennungen. Die Schädigung reicht dabei von Grad 1 (Rötung!) bis Grad 2a/2b (Blasenbildung!) und tiefer.

Fehlende Rötung, die ursprünglich für einen Dekubitus an dieser Stelle hätte vorhanden sein müssen.

- *Zackenartige Wundränder*
- *Schwere postoperative Verbrennung durch Diathermie nach etwa 2 Wochen*

Solche Schädigungen sind ebenfalls nur im Gesamtkontext zu bestimmen, also hatte der Patient vorher schon eine Rötung bzw. kommt er gerade aus dem OP. Typisch für solche Verbrennungswunden ist der ungleichmäßige Wundrand. Im einfachsten Fall besteht nur eine Rötung, die aber zackenartige Ausläufer hat. Keine runde Fläche, die entsteht wenn der Patient länger auf einer Stelle liegt. Je nach Schädigung der Haut lässt sich diese Rötung auch nicht wegdrücken und wird daher vorschnell als Dekubitus Grad 1 klassifiziert. Das tückische an solchen iatrogenen Verbrennungswunden ist die Tatsache, dass die eigentliche Schädigung der Haut erst später eintritt.
Wenn das Gesäß also postoperativ nicht inspiziert wurde, fällt die Hautblase oder eine entsprechend tiefer gehende Wunde erst auf, wenn sie bereits offen ist. Erfahrungsgemäß wird sie dann vorschnell als Dekubitus klassifiziert.

2.1.4 Abgrenzungen zwischen den Graden

Ist der Dekubitus erkannt, stellt sich die Frage, welcher Grad vorliegt. Unter 2.1.1 wurden bereits Erkennungsmerkmale per EPUAP/ NPUAP Definition dargestellt, trotzdem werden in der Praxis besonders Grad 2 und 3 falsch eingeschätzt. Dabei fällt auch auf, dass große Wunden, mit bestehendem bakteriellen Infekt, Nekrosen und starker Geruchsbildung vorschnell als Grad 4 klassifiziert werden. Der Autor stellt die These auf, dass es sich hierbei nur um ein Schulungsproblem handelt, da stichprobenartige Befragungen von Pflegekräften während seiner Tätigkeit ergaben:

- Die EPUAP/ NPUAP ist fast gar nicht bekannt
- „Nekrosen sind immer Grad 4"
- „Die Wunde stinkt"
- „Ich ekle mich davor und will es gar nicht genauer wissen"
- „Dafür haben wir doch das Wundteam"

Bei diesem Ergebnis handelt es sich jedoch keinesfalls um eine wissenschaftlich durchgeführte Befragung, sondern nur um eine stichprobenartige Nachfrage bei oben beschriebenen Fällen.

(N=20) Der Grad 1 ist klar umschrieben (Erythem, welches sich nicht wegdrücken lässt) und soll an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt werden.
Wichtig in diesem Zusammenhang sei nur erwähnt, dass der Grad 1 Dekubitus immer geschlossen ist.

Der Grad 2 ist in der Regel die Hautblase, auch wenn Sie geschlossen ist. Der Schaden ist ja bereits da, weil Ober- und Unterhaut von einander getrennt sind. Therapiert wird dieser Grad mit konsequenter Druckentlastung sowie eine sterilen Punktion der Blase, wodurch sich das Blasendach auf die darunterliegende Haut absenkt und in der Regel austrocknet. Diese Blase braucht dann nur noch mit einer sterilen Kompresse abgedeckt zu werden.
Ein Belassen der Blase führt zu hohem Druck auf das darunterliegende Gewebe, Wasser kann nicht komprimiert werden. Zudem besteht die Gefahr, dass durch Mobilisationsmaßnahmen das Blasendach abreißt und in Gänze freiliegt, was eine Eintrittspforte für Bakterien darstellt und zudem sehr schmerzhaft für den Patienten ist. Ist das Blasendach bereits ab und liegt eine offene Wunde vor, ist die Oberfläche der freiliegenden Lederhaut (Corium) in der Regel glatt und glänzend. Man findet hier selten Spuren von Granulationsgewebe. Die Wunde wird im Verlauf nur durch aus dem Wundrand einwachsende Epithelzellen verschlossen. Dieser Umstand kann bei der Klassifikation helfen.
Nekrosen sind beim Grad 2 Dekubitus eher selten zu finden. Therapiert wird diese Wunde bei Infektfreiheit z.B. mit einem Hydrocolloidverband[10] oder bei stärkerer Exsudation mit einem Hydropolymere-Verband[11].

Der Grad 3 Dekubitus wird per Definition als oberflächliches Druckgeschwür beschrieben. Wenn keine tieferen Gewebeschichten befallen sind und die Wunde sauber ist, ist die Oberfläche der Wunde in diesem Stadium mit Granulationsgewebe durchsetzt.
Der Betrachter sieht ein feinkörniges Relief und eine deutliche Stufe zum Hautniveau. Nekrosen können bei der Klassifizierung helfen, da sie in der Regel erst ab Grad 3 auftreten.
Einfacher wird es, je tiefer die Schädigung ist. Grad 3 Dekubiti hat in der Regel keine tiefen Furchen oder gar Löcher in die Tiefe.

Der Grad 4 Dekubitus beginnt ab Unterhautfaszie mit der Schädigung des Muskels. Typisch sind hier die tiefen Furchen, Trichter, freiliegende Sehnen und Knochen. Besonders in diesem Stadium ist eine intensive Wundbegutachtung in der Tiefe notwendig, da häufig Knochen freiliegen und das umliegende Gewebe reizen, so dass es hier zu einer erschwerten Abheilung kommen kann.

2.1.5 Einschätzung des Wundzustandes

Ist der Dekubitus nun richtig klassifiziert, geht es um die Beschreibung der Wunde. In der professionellen Wundtherapie geht es nicht nur darum eine spezielle Wundauflage auszuwählen oder eine Kausaltherapie einzuleiten, sondern es geht auch darum, noch so kleine Besonderheiten zu erkennen, die aber den Heilungsverlauf maßgeblich beeinflussen.

Wonach sucht man in schlecht heilenden Wunden?

- Welche Farbe hat die Wunde?[12] (Rot, Gelb, Schwarz, Grün/Blau, Grau)
- Welcher Farbanteil dominiert?
- Liegt eine Infektion vor?
- Sind Fisteln/ Taschen vorhanden?
- Zustand des Wundrandbereichs (siehe 2.1.2)
- Dermatologische Besonderheiten? (Allergie, Neoplasien, Vaskulitiden, Pyodermien, genetische Syndrome)
- Besteht eine Hypergranulation?[13]
- Qualität des Granulationsgewebes

Bilder: Daniel Rohweder

(feinkörnig rot, blass, grobblasig)
- Besondere Begleitumstände (Selbstverstümmelung, psychische Aspekte)
- Fremdkörper (z.B. Kalksplitter, Knochen)

2.1.5.1 Wundumgebung

Der Autor beginnt mit der genauen Einschätzung der Wunde von außen nach innen. Das begründet sich darin, dass der Mechanismus, der die Wunde letztendlich zur Abheilung bringt, das Einwandern von Epithelzellen über das frisch gebildete Granulationsgewebe ist. Ist die Wundumgebung pathologisch verändert, bleibt dieser Mechanismus aus und die Wunde heilt nicht.
Zunächst sind z.B. mögliche Allergien auszumachen. Allergische Reaktionen können u.a. auf Polyurethan bestehen. Die meisten Wundauflagen bestehen aus Polyurethan und wären somit für eine weitere Wundtherapie ausgeschlossen. Allergische Reaktionen auf der Haut im Wundbereich äußern sich häufig als nässende bis mazerierte Areale, die auch einen ausgeprägten Pruritus[14] aufweisen können.
Eine zusätzlich auftretende Rötung lässt dann schnell die Vermutung aufkommen, dass es sich um eine Wundinfektion handelt. Hier muss mittels Abstrich und Konsultation eines Dermatologen zügig Klarheit geschaffen werden.

40 Jahre alte Ulzeration mit allergischer Reaktion im Hautrandbereich

- *Nässende Hautareale deuten auf eine Allergie hin.*

2.1.5.2 Wundränder

Die direkte Umgebung der Wunde, der Wundrandbereich (2-4 mm) kann folgende Merkmale aufweisen:
(siehe Tabelle auf der nächsten Seite).

Eine Besonderheit, die beim Einschätzen des Heilungsverlaufs helfen kann, ist die Farbe des unmittelbaren Randsaums. Er kann u.a. silbrig bis weiß sein, was ein Indikator für das Einwandern von Epithelzellen ist. Ist dieser Saum zu sehen, herrscht im Wundrand und der Wundumgebung ein optimales Heilungsklima. Es kann dann im weiteren Verlauf sofort mit der Behandlung der wundheilungsstörenden Faktoren im Wundgrund begonnen werden.

- *Silberner/ weißer Randsaum als ein Indikator der Epithelisierungsphase*

Ist dieser Randsaum rot, ist dies ein Indikator für die Exsudative Phase, es finden also noch Entzündungsprozesse statt, die erst überwunden werden müssen, z.B. durch den Einsatz inflammatorisch wirkender, silberhaltiger[15] oder polihexanidhaltiger[16] Wundauflagen. Ein Zuheilen der Wunde ist in diesem Stadium noch nicht möglich.

- *Roter Randsaum als ein Indikator der Exsudativen Phase*

Oft unterschätzt werden auch Hyperkeratosen[17]. Sie entstehen durch übermäßigen Druck, z.B. durch falsches Schuhwerk (beim Fersen-Dekubitus). Sie entstehen auch durch zu hohe Wundränder und tiefe Wunden, die nur mit einem Hydrocolloidverband „gedeckelt" werden. Der Hydrocolloidverband hat dabei keinen Kontakt zum Wundgrund und Epithelzellen wandern senkrecht entlang des Wundrandes auf den Wundgrund. Weitere Epithelzellen häufen sich dann am Wundrand auf. Die weitere Gefahr besteht darin, dass solche Hornhautflächen bei trockener Haut aufbrechen, dabei sehr schmerzhaft sind und Bakterien einen Zugang zur Wunde ermöglichen. In der Praxis müssen solche Hyperkeratosen unbedingt entfernt werden.

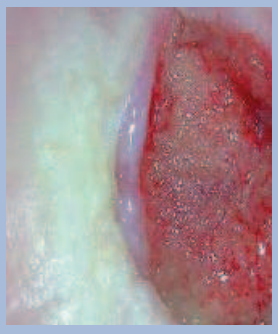
- *Hyperkeratosen*

2.1.5.3 Nekrosen

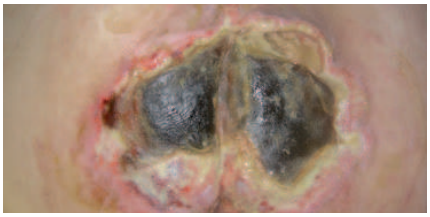
Beim Dekubitus ab Grad 3 treten häufig, infolge der tiefen Minderdurchblutung, Nekrosen auf. Nicht jede Nekrose kann und darf gleich abgetragen werden. Zwar stört die Nekrose als Fremdkörper die Wundheilung massiv aber hier muss auch bedacht werden, wozu ein Débridement[18] in der jetzigen Situation des Patienten führen soll? Wenn der Autor angefordert wird, befinden sich die Nekrosen aber meistens noch nicht im vollständig demarkierten Zustand, so dass hier kein Débridement durchgeführt wird. Es würde dazu führen, dass bereits der erste Schnitt zu Blutungen führen würde, was zu weiteren Nekrosen führt. Man schneidet sich so über Tage immer weiter in die Tiefe ohne jemals vitales Gewebe zu erreichen.
Bei solchen Nekrosen muss zugewartet werden, wenn sie nicht zeitnah im OP von einem Chirurgen komplett entfernt werden können.

- *Oberflächliche Nekrose, die leicht blutet und noch nicht débridiert werden sollte.*

Ist die Nekrose hingegen in einem Stück demarkiert, kann sie in der Regel unblutig abgetragen werden.

Zustand	Beschreibung	Maßnahme	Bild
Flach	Idealer Zustand, Epithelzellen können ungehindert in das Wundgebiet einwachsen.	Keine	
Trocken	Krustiger Rand, das Epithelwachstum stoppt an dieser Stelle und es wandern keine Epithelzellen mehr in das Wundgebiet.	Hautpflege mit 5-10 %iger harnstoffhaltiger Creme	
Unterminiert/ Wulstig	Deutliche Stufe zwischen Wundrand und Wundgrund, häufig ist die Wundheilung am Rand bereits abgeschlossen, da Epithelzellen senkrecht am Wundrand runter auf den Wundgrund gewachsen sind.	Einlage eines Wundfüllers, z.B. Alginate oder Hydrofasern. Bei starker Wulstbildung sollte der Wundrand chirurgisch angefrischt werden.	
Mazeriert	Aufgequollene Wundumgebung in Folge falsch benutzter Wundauflagen.	Auswahl einer Wundauflage, die mehr Wundexsudat aufnehmen kann, z.B. Hydropolymere oder Saugkompressen mit Polyurethanfolie, sowie Hautschutz mit modernen Schutzfilmen z.B. 3M Cavilon	
Livide	Bläulich bis violetter Wundrand, der auf eingewachsene Fremdkörper oder eine weitere Schädigung der Haut (Druck, Minderdurchblutung) hinweist.	Genaue Inspektion der Wunde nach Fremdkörpern, konsequente Druckentlastung.	

Erst jetzt kann mit der eigentlichen Wundtherapie unter Einhaltung einer konsequenten Druckentlastung begonnen werden. Im gezeigten Bild wäre dies auf Grund der Größe eine Vakuumversiegelung.



Infizierter Grad 4 Dekubitus

- *„Schwimmende", demarkierte Nekrose die in einem Stück abgeschnitten werden kann.*

Besonders am Steißbein bzw. Kreuzbein finden sich häufig Knochenfragmente,

Bilder: Daniel Rohweder

die wegen des umliegenden Sehnenapparates schwer zu sehen sind.
Die Entfernung eines solchen Fragments ist wichtig, da sonst hier permanent ein Entzündungsreiz auf das umliegende Gewebe ausgeübt wird.

Grad 4 Dekubitus
• Gestieltes Knochenfragment

2.1.5.4 Freiliegende Sehnen

Beim tiefen Dekubitius Grad 4 findet man häufig freiliegende Sehen.
Sie werden in der Praxis oft mit Fibrinbelägen verwechselt. Fibrinbeläge weisen in der Regel ein ungleichmäßiges Muster auf. Sie sind in der Farbe sehr unterschiedlich, je nach dem ob sie trocken oder feucht oder mit Bakterien durchsetzt setzt. Sehnen weisen in der Regel eine in eine Richtung gerichtete Struktur auf. Sie sind sehr zäh, lassen sie beim versehentlichen Débridieren nur schwer beschädigen. Sehnen dürfen nicht débridiert werden und auf keinen Fall austrocknen. Eine angetrocknete Sehne ist unwiederbringlich beschädigt. Sehnen werden durch umliegende Gewebe feucht gehalten und mit Nährstoffen versorgt. Liegt diese Struktur frei, muss sie mit feuchten Wundauflagen (mit NaCl 0,9 % getränkte Alginate) unbedingt feucht gehalten werden. Das gleiche gilt für freiliegende Knochen und Knorpel. Alternativ können auch Hydrogele verwendet werden.

Freiliegende Sehne
• Fibrin • Sehne

Ziel der genauen Wundbegutachtung ist die rasche Herbeiführung sauberer Wundverhältnisse. Sauber bedeutet, dass es keine Fibrinbeläge, Nekrosen oder andere Fremdkörper mehr in der Wunde gibt. Der Autor hat in seiner täglichen Arbeit hauptsächlich mit Wunden im akuten Infektionsstadium zu tun. Sind die Wunden im gewünschten „sauberen" Zustand, werden die Patienten in kleinere Einrichtungen übergeleitet.

3. Zusammenfassung

Das Problem des bestehenden Dekubitius in Deutschland stellt hohe Anforderungen an alle therapiebeteiligten Akteure insbesondere an die Pflege. Sie steht in der Regel im ersten Augenblick der Dekubitusentstehung am Patienten und ist nun gefordert, den Patienten vor weiterem Schaden, weiteren Kosten und Unannehmlichkeiten zu bewahren. Nicht immer ist ein Dekubitus so einfach zu erkennen und doch gibt es einige Parameter, die, wenn Sie erkannt werden, Schlimmeres verhindern. Die EPUAP/ NPUAP sowie die Expertengruppe des DNQP[19] um Frau Professor E.M. Panfil sowie weitere Fachverbände[20] haben eindeutige und wissenschaftliche Methoden und Leitlinien veröffentlich, die das Problem „Dekubitus" sinnvoll reduzieren können.

Daniel Rohweder ist Gesundheits- und Krankenpfleger, Pflegeexperte für Stoma, Kontinenz und Wunde nach FgSKW und arbeitet in der Funktion des Wund- und Stomatherapeuten am Campus Virchow Klinikum der Charité Berlin.
E-Mail: daniel.rohweder@charite.de

Literaturverzeichnis

(1) Dissemond, J.: Blickdiagnose Chronischer Wunden: Über die klinische Inspektion zur Diagnose. Köln, Viavital Verlag GmbH, 2009
(2) Korting, G. W.: Dermatologisches Grundwissen. Stuttgart, Gustav Fischer Verlag, 1973
(3) Leitfaden Deutsche Dekubitus Liga e.V. 2009 April;5(3)
(4) Probst, Vasel-Biergans: Wundmanagement: Ein illustrierter Leitfaden für Ärzte und Apotheker. Stuttgart, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH Stuttgart, 2004
(5) Schäffler, A., Schmidt, S: Mensch Körper Krankheit 2. Auflage. Gustav Fischer Verlag, 1995
(6) Panfil et al: Kriterien zur Wunddokumentation: Literaturanalyse. Frankfurt am Main, Hessisches Institut für Pflegeforschung, März 2006
(7) Panfil et al: 6. Expertenstandard: Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. Osnabrück, Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, Juni 2009

[1] European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and Treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009, www.epuap.org (10.12.2011)
[2] Hier liegt der Unterschied zur Definition nach Seiler, sie schloss die Unterhautfaszie mit ein.
[3] ICD-10, Internationale Klassifikation der Krankheiten 10.Revision
[4] Aufweichung der Haut/ des Gewebes durch Feuchtigkeit
[5] Pilzbefall, z.B. Candida albicans
[6] Hornhaut
[7] Schuppige, trockene und meist juckende Hautareale
[8] Eitrig
[9] Verbindung zwischen zwei Hohlorganen oder einem Hohlorgan und der Haut
[10] Moderner Wundverband bestehend aus Pektine, Gelatine und Zellulose, der ein idealfeuchtes Wundklima hält
[11] Saugfähiger Polyurethanschaumverband, der Feuchtigkeit aus der Wunde binden kann ohne die Wundoberfläche auszutrocknen.
[12] Der 6. Expertenstandard „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden" weißt darauf hin, dass die Farbe nicht allein zur Bestimmung des Wundzustandes herangezogen werden darf, da gelbe Areale auch Sehnen darstellen, rote Areale auch Tumoren sein können und weiße/ silbrige Areale Hornhaut darstellen können, die dann anders behandelt werden müssen.
[13] Überspießendes Gewebewachstum über das Hautniveau hinaus
[14] Juckreiz
[15] Gemeint sind Verbände mit Silberionen, nicht Silbernitrat.
[16] Wundantiseptikum mit 0,04 % Polihexanid
[17] Hornhaut
[18] Reinigung der Wunde
[19] Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
[20] Initiative Chronische Wunden e.V. (ICW), Deutsche Gesellschaft für Wundbehandlung e.V. (DGfW) u.a.

Zentrale Handlungsempfehlungen für die Praxis –

Leitlinie zur Lokaltherapie chronischer Wunden

Bereits im Expertenstandard „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden" (DNQP 2009) wird auf die besonderen Bedarfe von Menschen mit chronischen Wunden hingewiesen. Auch wurde dadurch die Herausforderung für die Pflegepraxis fokussiert. Dabei wird im Rahmen des Expertenstandards auf den verschiedenen Handlungsebenen auf die notwendige und professionelle Versorgung von hilfe- und pflegebedürftigen Menschen und auf ihre Bedürfnisse hingewiesen (DNQP 2009). Auf Grund des ärztlichen Vorbehaltes von Therapie und Diagnostik wird die Lebensqualität von Betroffenen thematisiert.

Die S3-Leitlinie zur Lokaltherapie chronischer Wunden bei Patienten mit den Risiken periphere arterielle Verschlusskrankheit, Diabetes mellitus, chronische venöse Insuffizienz kann diese Lücke nun schließen. Sie umfasst dabei alle Versorgungsebenen wie ambulante, stationäre und rehabilitative Bereiche. Nicht im Fokus der Leitlinie ist die Lokaltherapie von akuten Wunden sowie Wunden anderer chronischer Genese.

Die Leitlinie wurde federführend durch die Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e. V. (DGfW) erstellt und in Zusammenarbeit mit den anderen Fachgesellschaften der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) sowie der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) konsentiert (Nink-Grebe et al. 2012).

NEU: Leitlinien sind systematisch entwickelte Fragestellungen mit dem Ziel, Entscheidungen von Ärzten, Patienten und anderen an der Versorgung beteiligten Akteuren zu unterstützen. Die Zielsetzung ist die angemessene Gesundheitsversorgung in spezifischen Situationen.

Die höchste Entwicklungsstufe von Leitlinien nennt sich S-3 (vgl. Abb. 1). Damit ist die Leitlinie auf dem anspruchsvollsten Niveau (Strupeit & Bauernfeind 2012).

Abb.1: Entwicklungsstufen von AWMF-Leitlinien

S 1	Expertenmeinung – informeller Konsens
S 2	eine formale Konsensfindung ("S2k") und/oder eine formale "Evidenz"- Recherche ("S2e") hat stattgefunden
S 3	Leitlinie mit allen fünf Elementen der systematischen Erstellung ✓ Formale Konsensusprozess ✓ Logische Analyse (klinischer Algorithmus) ✓ Systematik "evidence"-basierte Medizin ✓ Entscheidungsanalyse ✓ Outcome-Analyse
NVL	Entsprechen S 3 - Niveau
→ **Prozess:** Systematisch entwickelt, nachvollziehbar, transparent	

In der Leitlinie sind 37 Empfehlungen und 27 Statements sowie Therapiealgorithmen und Definitionen zur Lokaltherapie chronischer Wunden enthalten. Diese beziehen sich auf die Themen: Diagnostik, Wunddokumentation, Wundreinigung, Débridement, Wundauflagen und topische Anwendungen, Wundrand- und Wundumgebungsschutz, physikalischen Interventionen, Gesundheitsversorgung sowie allgemeine Empfehlungen innerhalb der Versorgung. Hierzu ist anzumerken, dass die Anwendbarkeit einer Leitlinienempfehlung in der individuellen Situation unter Berücksichtigung der Wünsche und Begleiterkrankungen des Patienten geprüft werden muss (Nink-Grebe et al. 2012).
Nachfolgend werden einige Empfehlungen dargestellt sowie die Relevanz und Umsetzung für das praktische Handeln gegeben.

Empfehlungen allgemeiner Art

In den Empfehlungen 15 (E15) heißt es: Die Intervalle der Verbandwechsel sollten der Grunderkrankung, den Erfordernissen der Wunde und den Bedürfnissen und Zielen des Patienten angepasst werden. Daraus ergibt sich folgende Bedeutung für die Praxis: Innerhalb der Versorgung ist die entsprechende Exudatkontrolle von besonderer Relevanz. Damit richtet der Wundtherapeut seine Aufmerksamkeit auf die Kontrolle des Verbandes.
Er kontrolliert den Verband auf Sättigung aufgrund des Exsudats in Verbindung mit der zu erzielenden Wundruhe.
Im Versorgungsprozess kann damit eine entsprechende Änderung des Therapieregimes notwendig werden.

Empfehlungen zur Diagnostik

Ist sechs Wochen nach Beginn einer leitliniengerechten Behandlung keine Heilungstendenz erkennbar, soll das Vorliegen anderer Ursachen für die fehlende Heilungstendenz differentialdiagnostisch abgeklärt werden.
Hierzu soll im Zweifel eine zweite Meinung eingeholt werden

Grafiken: Gonda Bauernfeind & Steve Strupeit

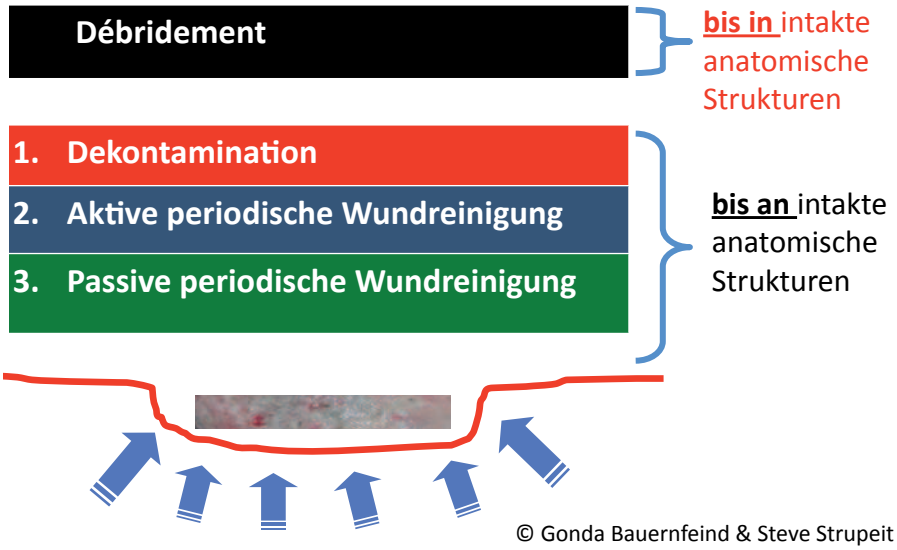
(Empfehlung E3). Dies bedeutet für die Praxis, dass innerhalb der Evaluierung die Pflegefachkraft die Wundheilung mit der Heilungstendenz beurteilen soll.
In diesem Kontext sind das Therapieregime und die Mitarbeit des Klienten als Co-Produzent des Behandlungsergebnisses mit der Heilungstendenz zu evaluieren.

Von einer stagnierenden Wunde kann nur gesprochen werden, wenn die Krankheitsursachen entsprechend diagnostiziert und behandelt sind, die Wundtherapie folgerichtig durchgeführt wurde und daraufhin die Wunde dennoch keine Heilungstendenz zeigt.
In diesem Fall sollte der Wundtherapeut den behandelnden Arzt auf die mangelhafte Abheilung hinweisen und dies entsprechend dokumentieren.

Empfehlungen zur Wundreinigung

Neben den zentralen Empfehlungen und Statements wurden ebenfalls Begriffe einheitlich definiert.
So versteht die Leitlinie unter einem chirurgischen (Wund-)Débridement die radikale Abtragung von avitalem Gewebe, Nekrosen, Belägen und/oder Entfernung von Fremdkörpern mit dem Skalpell, scharfem Löffel, Shaver, Ringkürette oder mittels Wasserstrahldruck bis in intakte anatomische Strukturen.
Dies steht ganz klar in der Abgrenzung zu anderen Verfahren der aktiven periodischen Wundreinigung (bspw. die Anwendung von Wundspüllösungen) und der passiven periodischen Wundreinigung (bspw. nasse Reinigungsumschläge, die osmotische und enzymatische Wundreinigung) (siehe Abb. 2).
Diese Aussage ist sehr wichtig für die Pflegepraxis. Denn damit kann die Abtragung innerhalb von intakten anatomischen Strukturen durch aktive periodische Wundreinigung oder passive periodische Wundreinigung erfolgen.
In Abgrenzung zum Dèbridement, welches ausschließlich vom Arzt bis in intakte anatomische Strukturen durchgeführt wird, kann die erfahrene Pflegefachkraft (möglichst mit Zusatzqualifikation) eine Wundreinigung mit Instrumenten durchführen.
Dabei ist darauf zu achten, dass keine anatomischen Strukturen zerstört werden oder Granulationsgewebe verletzt wird.

Verfahren: Débridement und Wundreinigung



© Gonda Bauernfeind & Steve Strupeit

Abb.2: Verfahren zur Wundreinigung

Empfehlungen zu Wundauflagen und topischen Anwendungen:

In den dazu vorhandenen Studien kann keines der untersuchten Materialien (Alginat, Schaumstoff, Acrylat, Hydrokolloid, Hydrofaser, feuchte Kompresse, Gaze) gegenüber anderen Materialien einen Vorteil für die Wundheilung nachweisen (Statement 15).
Dies bedeutet, dass momentan keine Studien vorliegen, welche in der Leitlinie berücksichtigt werden konnten, die einen Effekt bzgl. der Überlegenheit eines bestimmten Wundproduktes nachweisen konnten. Jedoch kann daraus nicht geschlussfolgert werden, dass nun nur das preiswerteste Produkt zum Einsatz kommen sollte. Um das richtige Produkt einsetzen zu können müssen die Anwender den Wundbehandlungsprozess verstehen sowie die Indikation, Kontraindikation und die korrekte Anwendung mit den korrekten Verbandwechselintervallen. Die Wundversorgung mit der feuchten Wundtherapie ist sehr komplex, um die Kosten im Gesundheitswesen möglichst gering zu halten und die Lebensqualität des Klienten zu verbessern ist eine korrekte Wundtherapie notwendig. Daher sollte das Behandlungsteam entsprechend geschult sein.

Stellenwert der Leitlinie

Die Leitlinie ist auf dem höchsten methodischen Niveau erstellt.
Es wurden alle Interessengruppen, wie Ärzte, Pflege, Lymph- und Physiotherapeuten sowie Patientenvertreter an der Erstellung beteiligt (Strupeit & Bauernfeind 2012).

Die Leitlinie rückt in den Fokus, dass die Entscheidung für eine Therapiemaßnahme gemeinsam mit dem Patienten auf Grundlage der allgemeinen Therapieziele und seiner individuellen Präferenzen getroffen werden soll.
Die Leitlinie kann damit einen Beitrag leisten, dass Menschen mit chronischen Wunden nach dem aktuellen wissenschaftlichen Stand versorgt werden können und gibt den Anwendern von Wundprodukten entsprechende Empfehlungen zu deren Schaden oder Nutzen, insofern darüber Erkenntnisse vorliegen. Die Leitlinie ergänzt den am besten verfügbaren Wissenstand und schließt die Lücke zum Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden.

In diesem Artikel konnten nur einige Empfehlungen exemplarisch dargestellt werden.
Die Leitlinie kann kostenfrei auf der Webseite der Deutschen Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung unter www.dgfw.de abgerufen werden.

Steve Strupeit, Gonda Bauernfeind

HAW Hamburg
Alexanderstr. 1
20099 Hamburg
steve.strupeit@haw-hamburg.de

S3-Leitlinie Lokaltherapie chronischer Wunden bei Patienten mit den Risiken periphere Verschlusskrankheit, Diabetes mellitus, chronische venöse Insuffizienz

Die Zielsetzung der Leitlinie [1] „Darstellung eines auf Evidenz und Konsens basierenden Behandlungsalgorithmus zur Optimierung der Lokaltherapie chronischer Wunden…" entspricht dem Anspruch einer wissenschaftlichen Fachgesellschaft nach einer systematischen Erfassung und Bewertung des wissenschaftlichen Erkenntnismaterials.

Als Adressaten der Leitlinie sind alle an der Versorgung und/oder Behandlung von Patienten mit chronischen Wunden oder an der Entscheidung in Bezug auf die Betroffenen genannt [2]. Eine weitere Zielsetzung ist: „Zu wichtigen Themen etabliert die DGfW e.V. Arbeitskreise und sucht die Zusammenarbeit mit anderen medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften sowie Berufs- und Interessenverbänden" [3]. Zu ihren Aufgaben zählt die Fachgesellschaft auch „ … die Belange der Wundbehandlung im ständigen Kontakt mit den anderen Fachgesellschaften gegenüber ärztlichen und pflegerischen Organisationen und Selbstverwaltungskörperschaften, gegenüber dem Staat und seinen Institutionen sowie in der Öffentlichkeit zu vertreten" [3].

Eine inhaltliche Würdigung der S3-Leitlinie wurde bereits vorgenommen [4] und daher sei an dieser Stelle die Fragestellung erlaubt, ob eine solche Leitlinie hilft und dazu beiträgt, die Versorgung der Patienten mit chronischen Wunden entscheidend zu verbessern. Aus Sicht des Autors lautet die Antwort „nein".

Nein, weil diese S3-Leitlinie keine wesentlich neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse erbracht hat; das Defizit an hochwertigen wissenschaftlichen Studien ist nicht nur durch die Cochrane Reviews hinlänglich bekannt.

Nein, weil die prinzipielle Kritik an Studien, die durch die Industrie gesponsert wurden, eher dazu beiträgt, dass zukünftig tendenziell eher weniger wissenschaftliches Erkenntnismaterial gewonnen wird. Aus dem Blickwinkel der Industrie stellt sich doch dann eher die Frage, ob nicht besser in Marketingaktivitäten investiert werden soll, anstelle weitere wissenschaftliche Untersuchungen durchzuführen.

Nein, weil in der wissenschaftlichen Diskussion längst die Erkenntnis gereift ist, dass wesentliche Aspekte der Wundversorgung nicht durch das Studiendesign der randomisierten klinischen Studie (RCT) beantwortet werden können. Das gebetsmühlenartige Wiederholen von zu wenig RCTs hilft dem Praktiker in seiner täglichen Arbeit nicht und damit wird dem Patienten nicht geholfen. Die Ansätze und ersten Antworten, die die Versorgungsforschung geben, als auch die Hinweise zur Wertung von wissenschaftlichen Studien in der Wundversorgung internationaler Experten [5] erscheinen ein vielversprechender Ansatz, der zu praxisgerechten umsetzbaren Empfehlungen führen könnte.

Nein, weil z.T. nicht praxisgerechte Fragestellungen geprüft werden.
So wird z.B. übergeprüft welche Effekte eine Wundreinigung versus keine Wundreinigung mit Chlorhexidinlösung hat und welche Effekte in welchen Stadien auftreten [6]. Die Antwort ist völlig irrelevant. Chlorhexidin hat im deutschen Markt in der antimikrobiellen Wundversorgung eine an Null grenzende Bedeutung und die Autoren der Richtline vermerken zu Recht, dass Chlorhexidin als Antiseptikum zur Schleimhautdesinfektion eingesetzt wird.

Nein, weil unrealistische Statements gegeben werden. Im Abschnitt über Leitungswasser [7] wird ausgeführt, dass „ … Patienten vor dem (Wund)kontakt mit Leitungswasser über mögliche Vorteile (Lebensqualität, Kosten) und Nachteile (Kontamination mit Krankheitserregern) sowie über einen fehlenden nachgewiesenen Unterschied gegenüber NaCl 0,9 % hinsichtlich der Endpunkte dieser Leitlinie aufgeklärt und nach ihren persönlichen Präferenzen gefragt werden" sollen.
Jeder, der nur annähernd den Alltag in der Versorgung chronischer Wunden kennt, weiß wie unrealistisch dies ist. Die Pflegefachkraft kann, nicht zuletzt aus juristischen Gründen, diese therapeutische Entscheidung nicht treffen und will dies wohl auch nicht. Der Patient kann diese Entscheidung nicht treffen, oftmals ergibt sich das schon aus der Alters- und Persönlichkeitsstruktur der Patienten selbst. Der Gedanke an die Einbeziehung von persönlichen Präferenzen ist edel, aber in der Realität der heutigen Gesundheitsversorgung fast schon surreal.

Nein, weil im Statement im Abschnitt Leitungswasser [7] gültige gesetzliche Bestimmungen nicht berücksichtigt werden: „Ein Konsens zu einer Empfehlung für oder gegen den Einsatz von Leitungswasser konnte nicht erzielt werden, so dass sich die Leitliniengruppe dazu entschieden hat, lediglich ein Statement abzugeben." Dieses Statement ist nicht notwendig. Das Infektionsschutzgesetzes (IfSG) wurde unter dem Eindruck geändert, dass jährlich bis zu 600.000 Menschen in Deutschland an Infektionen erkranken, die auf einen Aufenthalt in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen zurückgeführt

Bild: Dr.rer.nat. Horst Braunwarth

werden und bis zu 15.000 Patienten hieran versterben. Unstrittig ist, dass ein Teil dieser Infektionen (nach Expertenansicht zwischen 20 bis 30 Prozent) durch konsequente Hygiene vermeidbar sind. Daher hat das IfSG den Empfehlungen des RKI für Ärzte einen verbindlichen Charakter gegeben. [8]
Bekanntermaßen sehen die entsprechenden RKI-Empfehlungen vor, dass nur sterile Materialen in die Wunde gelangen dürfen. Leitungswasser ist definitionsgemäß nicht steril.

Nein, weil in der Diskussion während der Entstehung der S3-Leitlinie ein Credo der DGfW „Zu wichtigen Themen etabliert die DGfW e.V. Arbeitskreise und sucht die Zusammenarbeit mit anderen medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften sowie Berufs- und Interessenverbänden“ [3] nicht gelebt wurde. Die Zusammenarbeit mit der mitgliederstärksten Fachgesellschaft, der Initiative Chronische Wunden (ICW) wurde nicht gesucht und damit die profunden Kenntnisse dieser Fachgesellschaft bewusst nicht genutzt. Es gab keine Zusammenarbeit mit der FgSKW e.V. und dem Interessenverband BVMed. Die Industrie hatte keine Gelegenheit zur Stellungnahme, damit wurde die Chance nicht ergriffen, auf das in der Industrie vorhandene wissenschaftliche Know-how zurückzugreifen. Sicherlich sieht der Formalismus zur Erstellung einer S3-Leitline der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Fachgesellschaften (AWMF) dies nicht vor, um eine Beeinflussung durch Interessenverbände zu vermeiden, aber es wurde nicht aktiv nach Möglichkeiten gesucht, die eine wissenschaftliche Stellungnahme ohne direkte Einflussnahme ermöglicht hätten oder wäre eine wissenschaftliche Stellungnahme seitens der Industrie eine Beeinflussung gewesen?

Nein, weil gerade eine Fachgesellschaft die politischen Realitäten im Gesundheitswesen bei ihrem Handeln berücksichtigen muss. Die in der S3-Leitlinie erneut dokumentierte mangelnde Evidenz könnte zu verlockend sein, um daraus Einsparpotentiale zu definieren und zu realisieren. Die S3-Leitlinie könnte daher eher einer Verschlechterung der Versorgungsqualität in der Wundversorgung Vorschub leisten als diese zu verbessern.

Mit der S3-Leitlinie wurde eine Chance verpasst, eine auf breitem Konsens fußende praxisgerechte Empfehlung im Sinne einer Best Practice zu erstellen. Diese hätte dem Praktiker das gegeben was er braucht: konkrete, nutzbare Handlungsanweisungen, Entscheidungshilfen und Argumentationsunterstützung gegenüber Kostenträgern.
Um nicht missverstanden zu werden: Die S3-Leitlinie ist ein Werk in dem viel, viel Arbeit steckt und das eine hervorragende Übersicht über die aktuellen wissenschaftlichen Arbeiten der randomisierten klinischen Studien gibt, aber leider auch nicht mehr.

Dr.rer.nat. Horst Braunwarth, Hamburg

[1] Leitlinie 091/001 Lokaltherapie chronischer Wunden bei Patienten mit den Risiken periphere arterielle Verschlusskrankheit, Diabetes mellitus, chronische venöse Insuffizienz "http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/091-001l_S3_Lokaltherapie_chronischer_Wunden_2012-06.pdf" http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/091-001l_S3_-Lokaltherapie_chronischer_Wunden_-2012-06.pdf
[2] Leitlinienreport 091/001 Lokaltherapie chronischer Wunden bei Patienten mit den Risiken periphere arterielle Verschlusskrankheit, Diabetes mellitus, chronische venöse Insuffizienz. "http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/091-001m_S3_Lokaltherapie_chronischer_Wunden_2012-06.pdf"http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/091-001m_S3_Lokaltherapie_chronischer_Wunden_2012-06.pdf
[3] "http://www.dgfw.de/"www.dgfw.de
[4] H.Heuer, L.Heuer. Wundbehandlung: Neue Leitlinie mit viel Fragezeichen. DAZ 86 (2012):3240-3243
[5] EWMA Dokument Outcomes in controlled and comparative studies on non-healing wounds: recommendations to improve the quality of evidence in wound management. "http://ewma.org/fileadmin/user_upload/EWMA/pdf/EWMA_Projects/POG/POG_FINAL_JWCpubl.pdf"http://ewma.org/fileadmin/user_upload/EWMA/pdf/EWMA_Projects/POG/POG_FINAL_JWCpubl.pdf
[6] Abschnitt 6.13.4 der Leitlinie 091/001 Lokaltherapie chronischer Wunden bei Patienten mit den Risiken periphere arterielle Verschlusskrankheit, Diabetes mellitus, chronische venöse Insuffizienz "http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/091"http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/091-
[7] Abschnitt 6.6.3 der Leitlinie 091/001 Lokaltherapie chronischer Wunden bei Patienten mit den Risiken periphere arterielle Verschlusskrankheit, Diabetes mellitus, chronische venöse Insuffizienz "http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/091"http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/091-
[8] "http://www.bmg.bund.de/praevention/krankenhausinfektionen/aenderung-des-infektionsschutzgesetzes.html"http://www.bmg.bund.de/praevention/krankenhausinfektionen/aenderung-des-infektionsschutzgesetzes.html

Diakonisches Institut
für Soziale Berufe

- **Wundexperte ICW – Basisseminar**
  Beginn: 13. März 2013 in **Dornstadt**
- **Pflegeexperte Stoma • Kontinenz • Wunde**
  Beginn: 6. Mai 2013 in **Dornstadt**
- **Wundexperte ICW – Basisseminar**
  Beginn: 7. Oktober 2013 in **Stuttgart**
- **Pflegetherapeut Wunde – Aufbauseminar**
  Beginn: 25. November 2013 in **Dornstadt**

Diakonisches Institut für Soziale Berufe, Bodelschwinghweg 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

Die Problemlösung für zurück-gezogene oder versunkene Stomata!

1

Das Geheimnis von Glück ist Freiheit.

EuroTec hat eine einzigartige Serie 1-teiliger Stomabeutel entwickelt.
Diese Beutel bieten eine noch nie dagewesene Leistung bei anspruchsvollen Stomata. Leckagen unter der Klebefläche gehören somit in den meisten Fällen der Vergangenheit an. Das Geheimnis liegt in einem außerordentlich weichen, integrierten Andruckring, der dafür sorgt, dass sich die Klebefläche allen Unebenheiten der Haut anpasst. Alle Beutel sind mit dem original Classic Stoma Adhesive für optimalen Hautschutz und Feuchtigkeitsaufnahme versehen. Selbst wenn die Haut bereits irritiert ist, können Sie diese Beutel verwenden.

- **Lieferbar in vielen vorgestanzten Stomaöffnungen.**
- **Auf Maß schneiden ist nur noch selten erforderlich.**
- **Mit Sichtfenster, wodurch Anbringen und Kontrollen erleichtert sind.**
- **Colo- und Ileostomiebeutel mit langwirksamen Filtern.**
- **Urostomiebeutel mit großer Kapazität und Bodenhahn.**
- **Mit 4-Punkt Anschluss für spezielle 5 cm breite Gürtel.**
- **Deutlich vorteilhafter als andere convexe Beutel.**

Neu!

EuroTec

Diese Beutel sind jetzt auch in einer kleineren Ausführung erhältlich.

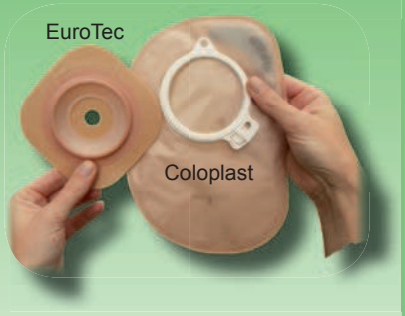
- **Kolostomiebeutel als anatomisches Modell in der Größe *Medium / Large*.**
- **Ileostomiebeutel in der Größe *Medium*.**

Rufen Sie für Gratis Muster unter 02173 - 8549800 an oder schicken Sie eine Email an info@eurotec.eu

Eine Auswahl aus unserem Sortiment

Das 2-teilige Combimate System umfasst wirklich alles was ein Stomaträger benötigt. Geschmeidige und dehnbare Hautplatten. Einfach anzudrücken und austauschbar mit dem Natura System von ConvaTec *.

2



Das 2-teilige Fleximate System hat einen Verschlussring. Auch hier gibt es Hautplatten die viel Feuchtigkeit aufnehmen und außergewöhnlich hautfreundlich sind. Die Platten sind völlig kompatibel mit dem Assura und Sensura System von Coloplast **.

3

Auch die 1-teiligen Systeme von EuroTec haben eine geschmeidige, dehnbare und äußerst hautfreundliche Klebefläche. Es gibt sehr viele vorgeschnittene Öffnungen, sodass auf Maß schneiden oft nicht mehr notwendig ist. Fast alle Beutel sind erhältlich in Large, Medium/Large, Medium und Small.

4

Die legendären Varimate Thin Streifen um die Ränder von Stomaplatten zu fixieren. Geeignet für extrem empfindliche Haut. Atmungsaktive ultra-dünne Hydrokolloid Pflaster, die unter allen Umständen haften bleiben.

5

Gellymate Absorptions-Kapseln und -Dragees um dünnen und aggressiven Stuhl und auch Urin anzudicken. In Kürze auch lieferbar mit integriertem Stoma-Deo um den Geruch zu neutralisieren.

6

Elastomate Stomastütz- und Hernie Bandagen sind erhältlich in verschiedenen Längen- und Breitenmaßen. Um Stomahilfsmittel zu fixieren oder eine Hernie zu unterstützen, beziehungsweise zu vermeiden. Lieferbar mit oder ohne Prolapsflap.

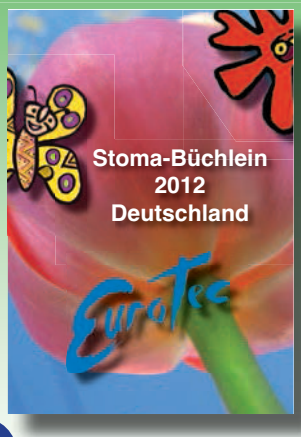
7

Was wir von Ihnen wissen möchten …

Wenn Sie Informationen wünschen oder Bekanntschaft machen möchten, rufen Sie uns bitte an oder schicken Sie eine Email und teilen uns mit, an welchen der gezeigten Produkte Sie interessiert sind.

Bitte vermerken Sie auch:

- Ihren Stoma-Typ: Kolo-, Ileo oder Urostoma.
- Ob Sie ein 1-teiliges oder 2-teiliges System benutzen.
- Ihren Stomadurchmesser, also nicht den Durchmesser Ihres Stomahilfsmittels.
- Ob Sie eine flache oder gewölbte Klebefläche wünschen.



8 *Stoma-büchlein*

* ConvaTec und Natura sind eingetragene Warenzeichen von E.R. Squibb & Sons Inc.
** Coloplast, Assura und SenSura sind eingetragene Warenzeichen von Coloplast A/S, Dänemark.

Verbesserte Kommunikation und Koordination in der Wundversorgung durch den elektronischen Wundbericht

Viele Fragen rund um die Informationsübermittlung in der Wundversorgung

Die medizinisch-pflegerische Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden ist ein Paradebeispiel einer multiprofessionellen, einrichtungsübergreifenden und transsektoralen Zusammenarbeit im Gesundheitswesen. Diese besondere Situation ist eine Chance und Herausforderung gleichermaßen. Eine Chance ist sie, weil nur über diesen Weg der Heilungserfolg für den Patienten gesichert ist. Eine Herausforderung ist sie, weil ein zeitnaher Fluss von vollständigen und in sich stimmigen Informationen zwischen den Akteuren, einschließlich der betroffenen Person, eine Reihe von Fragen aufwirft, die zur Zeit noch nicht zufriedenstellend beantwortet sind.
Zu den ungelösten Themen gehört die Frage welche Akteure in welcher Reihenfolge bei welcher Indikation zu beteiligen und damit zu informieren sind. Ebenso gehört dazu, welche Informationen übermittelt werden sollen und ob dies synchron, also per Gespräch, oder asynchron, also per Nachricht oder über einen Bericht, erfolgen soll. Ist es notwendig, dass die ausgetauschten Informationen auch später noch zur Verfügung stehen und einem spezifischen Ziel wie der Rechtssicherheit oder der statistischen Auswertung zu Management- oder Forschungszwecken dienen, müssen weitere Überlegungen angestellt werden. An welche Grenzen stößt man durch den Austausch von Informationen über den Papier- und Postweg?
Was verbessert sich, wenn eine elektronische Übermittlung gewählt wird? Welche Optionen ergeben sich aus der Tatsache, dass Informationen in strukturierter Form oder sogar unter Verwendung einer Klassifikation bereitgestellt werden. Wie kann die informationelle Selbstbestimmung des Patienten gewährleistet werden?

Der folgende Artikel soll einen Beitrag dazu liefern, die aufgeworfenen Fragen zu beantworten, beziehungsweise Lösungsansätze aufzuzeigen.

Systematischer Ansatz

Um sich dieser Fülle von Fragen zu nähern, wählten wir einen systematischen Ansatz, den wir vorher entwickelt hatten. Dieser Ansatz zielt darauf ab, über heterogene Methoden und damit aus mehreren Perspektiven Antworten zu gleichen Fragen zu erhalten und darüber eine Absicherung der Inhalte zu erzielen. So lieferte zunächst eine intensive Auseinandersetzung mit nationalen und internationalen Leitlinien zu chronischen Wunden Material zur Beschreibung der optimalen Versorgungsprozesse sowie zu Informationen, die in einer Verlaufsdokumentation festgehalten und in der transsektoralen Versorgung kommuniziert werden sollen. Diese Hinweise aus den Leitlinien können bereits als gesichert angesehen werden, da sie eine Reihe von der Leitlinie zugrunde liegenden Studien einbeziehen und damit keine Einzelmeinung mehr darstellen.
Die dort beschriebenen Prozesse und Informationen wurden in einer nächsten Stufe einer empirischen Prüfung unterzogen. Dazu wurden Befragungen im Rahmen von Delphi-Studien und Experteninterviews mit Pflegekräften und Ärzten durchgeführt, die eine Weiterbildung oder Spezialisierung in der Wundversorgung besaßen.
Zusätzlich wurden bestehende Wunddokumentationsformulare analysiert. Die so erhaltenen Daten wurden konsolidiert, das heißt sie wurden auf Übereinstimmung und Komplementarität geprüft und nur solche Angaben übernommen, die keine Widersprüche beinhalteten und ein Mindestmaß an Übereinstimmung aufwiesen.
Diese Angaben über Prozesse und Informationen wurden in formale Modelle überführt. Auf zwei wichtige Ergebnisse, nämlich die Beschreibung der Sollprozesse und das Vorschlagsmodell für den elektronischen Wundbericht, wird im Folgenden näher eingegangen.

Prozesse

Sollprozesse wurden für die Versorgung von Patienten mit einem Diabetischen Fußsyndrom, mit einem Dekubitus und Ulcus cruris separat erstellt. Die Modelle nutzen die Informationen der nationalen und internationalen Leitlinien. Sie sind mit den Informationen der Experten angereichert, um speziell auf die Situation in Deutschland einzugehen. Abbildung 1 zeigt den Sollprozess für das Diabetische Fußsyndrom.
Die Akteure sind in den Schwimmbahnen abgebildet. Neben dem Patienten, dessen Schwimmbahn in violett markiert ist, treten als Akteure der Primärarzt, ein ambulantes spezialisiertes Zentrum, ein spezialisiertes Zentrum mit stationärer Versorgungsmöglichkeit sowie eine spezialisiertes Rehabilitationszentrum auf. Die Aktivitäten des Primärarztes sind farblich abgesetzt, um die Lotsenfunktion des Primärarztes zu verdeutlichen. Die roten Markierungen heben jene Prozessschritte hervor, die sowohl von der Leitlinie als auch von der Praxis gefordert wurden.
Die blau markierten Prozessschritte wurden durch die Experten aus der Praxis hinzugefügt.
An den Schnittstellen zwischen

Grafik: Ursula Huebner

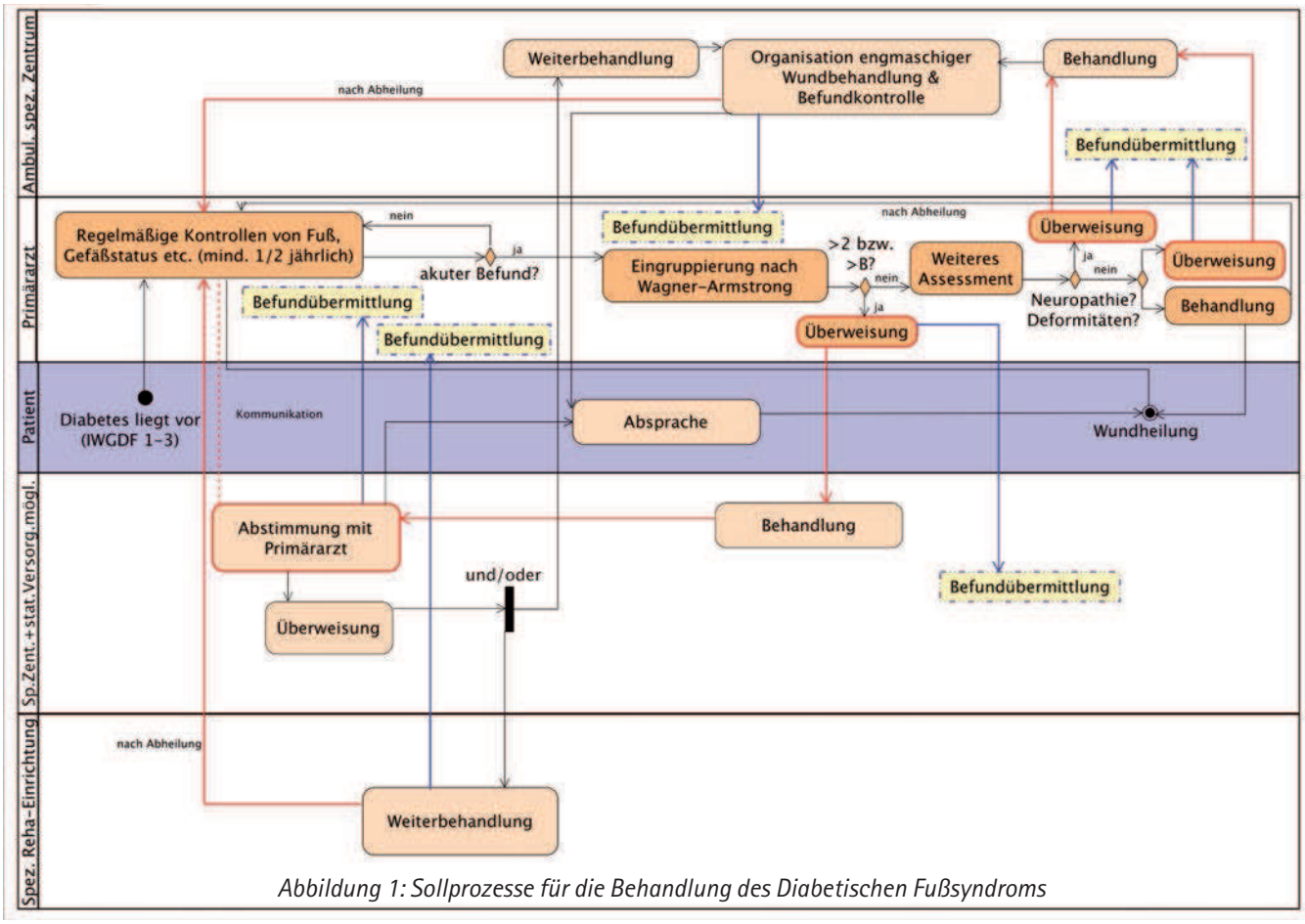


Abbildung 1: Sollprozesse für die Behandlung des Diabetischen Fußsyndroms

Akteuren wurde die Befundrückmeldung ergänzt, die von den Experten explizit genannt wurde.

Nach Aussage der Experten handelt es sich ausdrücklich um Sollprozesse, die die derzeitige Praxis nicht unbedingt widerspiegeln.

Elektronische Informationen

In der Prozessdarstellung wurde bereits deutlich, dass der systematischen Weitergabe von Informationen über die vorangegangene Behandlung des Patienten eine hohe Bedeutung zugewiesen wurde. Bisherige Verfahren zur Weiterleitung von Patienteninformationen beruhen zum größten Teil auf Papierdokumenten, die per Post oder Fax versendet werden oder wenn elektronisch transferiert, dann als PDF-Dokument via eMail übermittelt werden.
Wundberichte auf Papier stoßen an Grenzen, was die Vollständigkeit betrifft, da sie häufig als vorgefertigte Formulare im Sinne von Checklisten angelegt sind und deshalb eine eingeschränkte Seitenzahl mit einer eingeschränkten Anzahl von Informationsitems besitzen. Elektronische Formulare sind diesbezüglich flexibler, da nur diejenigen Informationsitems weitergeleitet werden, die für diesen bestimmten Patienten zutreffen. Elektronisch können Daten in strukturierter und in nicht strukturierter Form dargestellt werden. Für den Menschen, der die übermittelten Daten liest, macht diese Unterscheidung keinen wesentlichen Unterschied. Umso wichtiger ist sie für die maschinelle Weiterverarbeitung im Sinne einer statistischen Auswertung für Managementzwecke und Forschung. Denn ein Rechner kann einfacher Inhalte von strukturierten Daten als von nicht strukturierten interpretieren, insbesondere wenn diese eine eindeutige Bezeichnung über eine Klassifikation erhalten, also einen Code und einen standardisierten Namen.
So werden gleiche Sachverhalte gleich bezeichnet und lassen sich gut zählen und quantitativ analysieren.

IT-Standards für den Wundbereich

Für die Versorgung eines konkreten Patienten bietet die elektronische strukturierte Dokumentation ebenfalls einen wichtigen Vorteil. Sie ermöglicht, einmal eingegebene Daten wiederzuverwerten. Sind daher beispielsweise Daten über den Wundzustand in der Verlaufsdokumentation bereits elektronisch eingetragen worden, können sie für den Abschlussbericht automatisch weiterverwendet werden und darüber hinaus auch von dem empfangenden Informationssystem richtig interpretiert und abgelegt werden. Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass die betroffenen IT-Systeme interoperabel sind, also Daten austauschen können, die sie gegenseitig verstehen können.
Dies ist keine Selbstverständlichkeit, da es eine Vielzahl unterschiedlicher Wunddokumentationssysteme auf dem Markt gibt, die ganz unabhängig voneinander entwickelt wurden.
Damit IT-Systeme interoperabel werden, müssen sie auf der technischen Ebene Daten senden und empfangen können, d.h. die gleichen Netzverbindungen und Netzprotokolle nutzen.
Dies reicht jedoch nicht dafür aus, dass IT-Systeme als interoperabel bezeichnet werden können. Sie müssen die gleiche Struktur der Daten mit dem gleichen Format und einem gleichen semantischen System, z.B. einer Klassifikation, nutzen. Eine solche Festlegung heißt IT-Standard. Er wird üblicherweise so allgemein wie möglich formuliert und von einer Standardisierungsorganisation verabschiedet. HL7, health level seven, ist eine solche weltweit operierende Organisation, die sich wie der Name besagt auf das Gesundheitswesen spezialisiert hat und unter anderem IT-Standards für Nachrichten und Dokumente anbietet. Die Grundlage bildet ein gemeinsames Referenzmodell. Auf Basis der HL7 Clinial Document Architecture (CDA) wurden in Deutschland der elektronische Arztbrief und der elektronische Pflegebericht entwickelt.

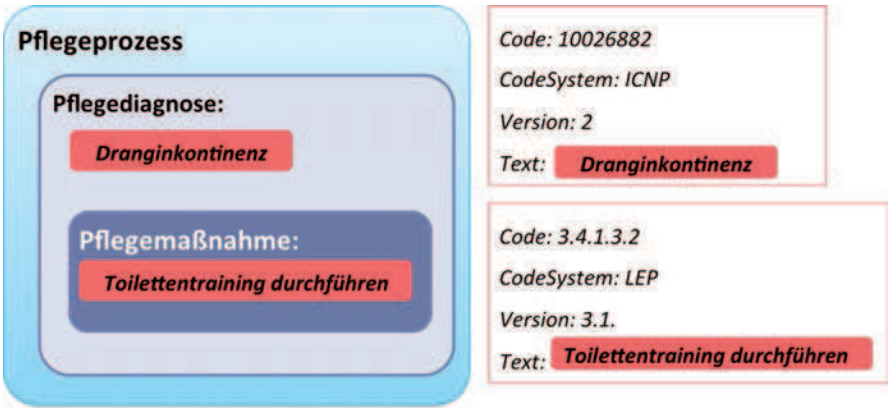


Abbildung 2: Auszug aus dem HL7 CDA ePflegebericht

Abbildung 2 zeigt einen Ausschnitt aus dem Modell des ePflegeberichts mit dem Verweis auf die strukturierten Daten und das jeweilige Klassifikationssystem. Aus Abbildung 2 ist auch ersichtlich, dass neben strukturierten Daten auch Freitexteinträge möglich sind.
Beide Dokumentenarten sind jedoch nicht dafür ausgelegt, spezifische wundrelevante Patienteninformationen zu transportieren, weshalb ein Spezialdokument als Addendum zum eArztbrief und ePflegebericht benötigt wird.

eWundbericht

Dieser spezialisierte Dokumentenstandard, auch also eWundbericht bezeichnet, soll in einer möglichst umfassenden Art für möglichst viele Versorgungssituationen eine Struktur und potenzielle Inhalte festlegen. Der Standard macht keine Aussagen darüber, welche Informationsitems, also Inhalte, verbindlich sind, und wie die grafische Oberfläche des Wundberichts aussehen muss. Er ist daher weder eine Checkliste noch eine Beschreibung des Layouts.
Für den eWundbericht liegt ein sogenanntes Vorschlagsmodell vor, das die Arbeiten aus den Leitlinien, der Delphi-Befragung und der Dokumentenanalyse zusammenfasst.
Abbildung 3 zeigt die Informationen auf den obersten beiden Ebenen sowie einen Ausschnitt auf der untersten Ebene für den Bereich Wundzustand.
Obwohl das Vorschlagsmodell bereits evidenzbasierte Informationen aus internationalen Leitlinien enthält und mit deutschen Experten reflektiert wurde, besteht ein Bedarf an einer weiteren Verifizierung. Zu diesem Zweck findet derzeit mit allen wesentlichen deutschen Wundfachgesellschaften ein Austausch hinsichtlich einer Kommentierung durch die Mitglieder statt. Aus der FgSKW e. V. hat sich eine Reihe von Personen bereitgefunden, die die Informationen auf ihre Bedeutung für eine einrichtungsübergreifende und transsektorale Kommunikation während der Überleitung des Patienten bewerten.

Informationelle Selbstbestimmung

Das Vorschlagsmodell für den eWundbericht sieht die Einbeziehung verschiedener Professionen und die des Patienten vor. Insbesondere sollen alle beteiligten Akteure eine Kopie erhalten. Zur Wahrung der informationellen Selbstbestimmung ist es daher wichtig, dass der Patient eine Einwilligung für die Weiterleitung des Berichts erteilt. Denn für eine moderne Versorgung ist die Einwilligung des Patienten Voraussetzung. Darüber hinaus aber auch die Einbeziehung des Patienten in den Informationsfluss.

Prof. Dr. Ursula Huebner,
Georg Schulte,
Eva Cruel
Hochschule Osnabrück
Forschungsgruppe Informatik
im Gesundheitswesen
D-49009 Osnabrueck

Wundanamnese & -assessment	
Med. Wunddiagnose	
Wundzustand	Wundzustand
Details über geheilte Wunden/Wundbezogene Patientenhistorie	Wundgröße
Wundheilungsskala	Wundumgebung
Aktuelle Therapie/Versorgungsmanagement	Wundrand/-grenzen
Versorgungsplan Wunde	Wundgrund/häufigste Gewebeart
Schmerzmanagement	Wundoberfläche
Hygienemaßnahmen	Exsudat/Transsudat
Behandlungsoutcomes	Wundschmerz
Benötigte Ausrüstung/Ressourcen	Lokalisation
Anamnese	Wundgeruch
(Psycho-)soziale Faktoren	Infektionszeichen
(Allg.) Patientenhistorie	Infektionsrisiko
Aktueller Status Patient	Ödeme
Relevante med. Daten und Untersuchungsergebnisse	Wunddauer
Risikoassessment	Allgemeines Erscheinungsbild
Risikoassessmentskala	
Hautassessment	
Hygieneassessment	
Identifizierte Risikofaktoren	
Gesundheitsrelevantes Patientenverhalten	
Therapiemitwirkung und -treue	
Adhärenz	
Patientenedukation	
Wund- und Therapie-bedingte Einschränkungen	
Psychosoziale Beeinträchtigungen	
Körperliche Beeinträchtigungen	

Abbildung 3: Vorschlagsmodell mit den obersten beiden Ebenen und Auszug aus dem Modell für die Beschreibung des Wundzustands

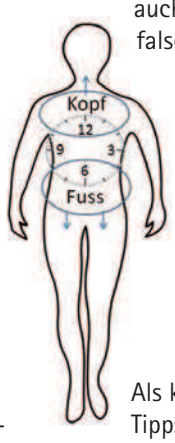
Bild/Grafiken: Ursula Huebner, Sabrina Gaiser-Franzosi

WUNDMITTE
miteinander, Wunde.

„Schreibst du noch oder pflegst du schon?"

In meiner täglichen Arbeit als Dozentin und Beraterin in Sachen moderne Wundversorgung merke ich immer wieder, wie es beim Thema Wunddokumentation zu heftigen Diskussionen unter den Teilnehmern meiner Schulungen kommt.

Da treten immer wieder die gleichen Kommentare aus dem Auditorium der Pflegekräfte und Wundexperten auf. Kommentare wie: „Ich habe nicht die Zeit das alles zu dokumentieren" – „ich weiß nicht was ich da immer schreiben soll" – „wir sind unterbesetzt und finden keine Zeit für die Dokumentation".
Sicher ist, dass die Dokumentation ohne eindeutige Vorgaben und einem gut definierten Prozess durch die Pflegeeinrichtung oft zu Frustration bei den Pflegekräften führt. Genauso wichtig ist es für angemessene Personalkapazität zu sorgen. Oft erwerben Pflegeeinrichtungen teure Formblätter für die Wunddokumentation, die zwar versuchen jede rechtliche Lücke zu schliessen, dadurch aber oft unübersichtlich und viel zu umfangreich sind. Auch der Medizinische Dienst der Krankenkasse (MDK) prüft und bewertet die Dokumentation nicht als Fleißarbeit, sondern fordert eine plausible, aussagekräftige, nachvollziehbare und bewohnerbezogene Dokumentation. Ich höre dann zwar immer wieder Kommentare wie – „bei uns hat der MDK aber etwas anderes gesagt" oder „unser MDK hat es durchgelassen". Fakt ist, das Prozedere zur verpflichtenden Qualitätsprüfung nach SGB XI ist in Deutschland überall gleich und kann nicht von Stadt zu Stadt unterschiedlich gehandhabt werden. Das gilt für die Pflege wie auch für den MDK.
Es empfiehlt sich daher dringend immer in der Anleitung zur Prüfung der Qualität nach den §§ 112 + 114 SGB XI nachzulesen und im Zweifel den MDK mit der Frage zu konfrontieren.
Unbestritten ist der Druck auf die Pflegekräfte häufig enorm hoch. Die meisten Pflegekräfte lieben die direkte Arbeit mit dem Patienten und würden gerne viel mehr Zeit für diesen Teil ihrer Aufgabe nutzen, doch geht das oft nicht, da sie gefühlt mittlerweile mehr Zeit am Schreibtisch verbringen als am Patienten selbst. Hinzu kommt die Angst etwas falsch oder nicht aussagekräftig dokumentiert zu haben.
Um den Mitarbeitern in dieser Situation zu helfen, ist es für die Pflegeeinrichtungen essenziell sich Gedanken über die richtige Dokumentation und die internen Vorgaben dazu zu machen.
Es ist wichtig zu verstehen was wirklich wunddokumentationsrelevant ist, ja was die rechtlichen Vorgaben sind. Anhand dieser Recherche muss der eigene Wunddokumentationsprozess unter die Lupe genommen werden. In den meisten Fällen gibt es viel Potenzial für eine Vereinfachung.
Der beste Weg ist sicher, wenn das notwendige Wissen zur Dokumentation und der damit verbundenen Überarbeitung der Dokumentations-Formulare in den Pflegeeinrichtungen selbst erworben wird.
Ich verstehe, dass dies, vor allem auch in kleineren Einrichtungen, oft nicht möglich ist.
In so einem Fall sollte man wenigsten zu der Entscheidung kommen externe Hilfe in Anspruch zu nehmen. In meinen Schulungen zur Wunddokumentation spreche ich Teilnehmer mit einem hohen Frustrationslevel häufig darauf an, mir doch Ihre Dokumentations-Formulare unverbindlich für eine Bewertung zukommen zu lassen.
Ich versuche dann in einer Rückmeldung einige Hilfestellungen zur Optimierung zu geben, biete aber auch an ein individuell angepasstes Wunddokumentations-Formular für diese Einrichtung zu erstellen. In einem solchen Fall setzen wir uns dann zusammen und erarbeiten eine individuell mit allen rechtlichen Vorgaben gestaltete Dokumentation. Durch das gemeinsame Erarbeiten der Dokumentationsvorlage verliert diese Ihren Schrecken, da die Mitarbeiter wissen was wo und wie einzutragen ist.
Durch ein gezielt eingesetztes Dokumentations-Formular werden häufig auch „Doppeldokumentationen" vermieden. Der nächste Schritt muss dann natürlich die konsequente und andauernde Schulung der Mitarbeiter sein. Nur durch Routine und das Erlernen der Dokumentations-Sprache kann der dafür benötigte Zeitaufwand dauerhaft auf ein Minimum reduziert werden. Je öfter man eine Wunde beurteilt hat umso besser und routinierter kann man nachher dokumentieren.
Das allerwichtigste ist Sicherheit im Umgang mit der Wunddokumentation und in der Wundbeurteilung zu bekommen. Wichtig sind hierbei vor allem auch die oft nicht bekannten oder falsch erlernten Basics:

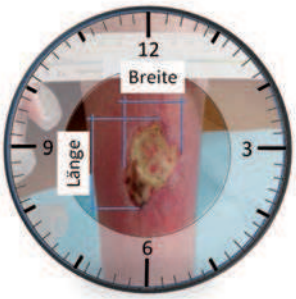


- Wie messe ich eine Wunde aus?
- Was ist eigentlich der Wundrand und was die Wundumgebung?
- Was bedeutet Rezidiv, was Unterminierung, was Assessment?

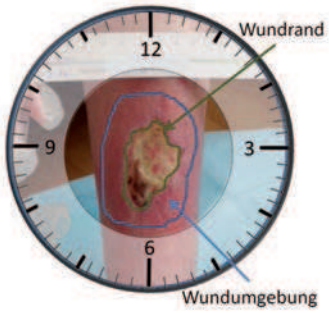
Als kleine Anleitung hier ein paar Tipps zu den Basics:

1. Für die richtige Betrachtungsweise der Wunde hilft es das Prinzip der Uhr zu verwenden. Danach ist der Kopf immer in Richtung 12 Uhr, die Füsse in Richtung 6 Uhr.
2. Bei Wunden an den Armen sind diese immer im angelegten Zustand zu betrachten also Richtung Schulter bedeutet 12 Uhr Richtung Finger bedeutet 6 Uhr.

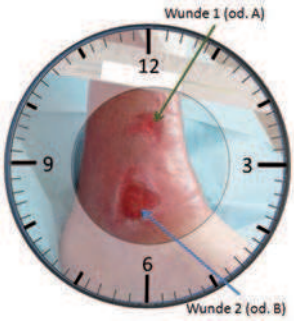
Beim vermessen der Länge und der Breite der Wunde ist dann die Länge nach Wunduhr von 12 Uhr in Richtung 6 Uhr – die Breite von 3 Uhr in Richtung 9 Uhr anzugeben.



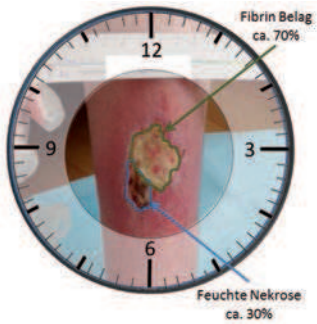
In diesem Bild wird verdeutlicht was als Wundrand und was als Wundumgebung zu bezeichnen ist.



Sollten mehrere Wunden in unmittelbarer Umgebung sein ist es wichtig diese in der Dokumentation eindeutig zu benennen, sprich Ihnen eine Nummer oder einen Buchstaben zu weisen.



Sollten innerhalb einer Wunde verschiedene Stadien auftreten, ist es wichtig beide zu benennen.
Ein Tipp: eine geschätzte „Fläche" mit angeben, das verdeutlicht das Ausmaß der Wundsituation.



Generell lässt sich feststellen, dass besonders Schulungen zum Thema Wunddokumentation sehr gut angenommen werden, da meist auch ein reger Austausch der Teilnehmer untereinander stattfindet.
In vielen meiner Schulungen zu diesem Thema versuche ich das KISS Prinzip (keep it short and simple = mach's kurz und einfach) zu vermitteln. Anhand von Fallbeipielen wird gezielt geübt wie man kurz und knapp und trotzdem nachvollziehbar und der Wahrheit entsprechend dokumentiert.

Dabei ist die größte Herausforderung oft die angelernten Fehler zu korrigieren. Man muss (sehr behutsam) versuchen bei vielen Gewohnheiten den Blickwinkel zu verändern. Einige der Teilnehmer haben sich im Laufe der Berufsjahre, beispielsweise Begrifflichkeiten angeeignet, die sich Ihrer Meinung nach professionell oder aussagekräftig anhören, die in Wirklichkeit aber nichts aussagen. Ein typisches Beispiel ist: „die Wunde ist unverändert"
Wie unverändert? Auf welchen Zustand bezogen? Ohne eine klare Referenz auf einen Zeitpunkt an dem die Wunde eindeutig und richtig dokumentiert wurde, sagt dieser Satz „die Wunde ist unverändert" nichts aus.
Ein weiteres Beispiel: "Die Wunde ist reizlos." Laut Duden ist die Bedeutung von reizlos: ohne Reiz, wenig schön, langweilig – wollten Sie das wirklich so ausdrücken?

In Schulungen stößt man im ersten Moment auf viel Unverständnis wenn man aufzeigt, dass das, was jahrelang als gute und aussagekräftige Dokumentation betrachtet wurde rechtlich gesehen häufig nicht haltbar wäre.
Daher versuche ich, vorwiegend anhand von Fallbeispielen, Hilfestellungen zu geben, Formulierungsmöglichkeiten mit den Pflegekräften zu erarbeiten und so neben den Basics der Wundbegutachtung einen neuen aussagekräftigen „Dokumentations-Wortschatz" anzutrainieren. Das Thema muss so gefestigt werden, dass es irgendwann ganz automatisch geht, zu dokumentieren, ohne sich den Kopf zu zerbrechen wie etwas zu formulieren ist.
Eine Dokumentation die aussagekräftig ist muss nicht zwangsläufig kompliziert klingen.
Ein häufiger Fehlglaube ist auch, dass eine Fotodokumentation rechtlich notwendig ist. Das ist nicht wahr. Weder im Heimgesetz noch in der MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach den §§ 112 und 114 SGB XI ist vermerkt, daß man eine Fotodokumentation benötigt. Dennoch ist, wenn die Möglichkeit dazu besteht, eine gut gemachte Fotodokumentation sicher von Vorteil wenn man dem Patienten den visuellen Wundverlauf bei der Patientenedukation verdeutlichen möchte.

Immer häufiger führe ich auf den Wunsch von Pflegeheimen oder bei Pflegediensten dokumentationsbezogene Stichproben durch.
Dazu schaue ich mir einige ihrer Wunddokumentationen der letzten Monate an, wobei ich immer wieder feststelle, dass eine der Schwierigkeiten, neben der richtigen Formulierung, die Fähigkeit lückenlos und nachvollziehbar zu dokumentieren.
Es ist klar, je besser dokumentiert wurde desto nachvollziehbarer ist es für jemanden, der die Wunde nicht kennt.
Das Ziel muss also sein, so zu dokumentieren, dass es selbst der Kollege versteht der gerade aus dem Urlaub kommt und im Vorfeld noch nie mit dem Patienten zu tun hatte.
Dazu bedarf es oft eines Umdenkens – *aber es funktioniert!*
Merke: Gut zu dokumentieren ist zwar nicht einfach, es lässt sich aber lernen!
Ein weiterer Fehler der häufig rechtliche Folgen haben kann ist, dass derjenige der dokumentiert, die dokumentierte Leistung gar nicht selbst erbracht hat.
Tun sie mir bitte einen Gefallen, dokumentieren Sie nur wenn Sie die Leistung, sprich z. B. den Verbandwechsel auch wirklich selbst durchgeführt haben.

Des Öfteren bekomme ich von Pflegekräften zu hören, dass sie die Dokumentation durchführen müssen obwohl die Pflegehilfskraft den Verbandwechsel durchgeführt hat. Bitte treten sie in einem solchen Fall selbstbewusst gegenüber ihrem Arbeitgeber auf und verweigern sie dieses Vorgehen.
Letztendlich sind Sie es, der sich sonst angreifbar macht. Dokumentation ist eine persönliche Verpflichtung und kann nicht delegiert werden!
Im Grundsatz ist es wichtig zu verstehen, dass die Dokumentation letztlich nicht nur der rechtlichen Absicherung dient, sondern auch der Information

Bilder: Sabrina Gaiser-Franzosi

aller am Wundheilungsprozess beteiligten Personen. Nur wenn alle beteiligten, Arzt, Klinik, Pflegekräfte und auch die Krankenkasse immer auf dem gleichen Stand sind, kann ein reibungsloser und somit für den Patienten optimaler Heilungsprozess sichergestellt werden. Zur rechtlichen Seite lässt sich noch sagen, dass es in bisherigen Schadensersatzprozessen in der Regel um die Klärung folgender Fragen ging:

- Ist die Wunde richtig erfasst und sind die Risiken der Wunde (z. B. Infektion) erkannt worden?
- Ist der Ort und Zeitpunkt der Entstehung nachvollziehbar?
- Sind die richtigen Maßnahmen regelmäßig durchgeführt worden?
- Sind Veränderungen an den Wundverbänden bzw. den Maßnahmen aufgefallen und sind diese dokumentiert worden?
- Ist der Arzt/die Ärztin rechtzeitig hinzugezogen worden?
- Ist die ärztliche Anordnung erkennbar?
- Sind die getroffenen Maßnahmen entsprechend dem aktuellsten Stand der Wissenschaft?
- Sind die Hygienestandards eingehalten worden?

In einem Schadensfall hilft auch kein Jammern, sondern nur eine gute Dokumentation, dass man nachvollziehen kann wann, was, durch wen, wie, womit und warum geleistet wurde.

Verordnungen

Ganz ähnliche Probleme wie bei der Wunddokumentation gibt es häufig auch in der Aussagekraft und Nachvollziehbarkeit von Verordnungscheinen. Bei der Durchsicht von Verordnungsscheinen fällt mir immer wieder auf, dass Dinge die für den Arzt klar sind, da er den Patienten seit Jahren kennt nicht dokumentiert werden und somit oft die Begründung für die eine oder andere Verordnung fehlt. Der Arzt kennt seinen Patienten, stellt eine Diagnose und für Ihn ist dann klar warum der Patient eine zusätzliche Kompressionstherapie benötigt. Weiß das auch der Sachberarbeiter der Krankenkasse oder der des MDK? Nein!

Wenn zum Beispiel eine CVI (chronisch venöse Insuffizienz) nicht auf der Verordnung vermerkt wird, ist auch nicht nachvollziebar, warum eine Kompressionstherapie durchgeführt werden soll.
Ein Beispiel: Auf einer Verordnung wird ein täglicher Wechsel der Wundverbände verordnet, ohne zusätzliche Information warum dies notwendig ist. Ist es weil die Wunde infiziert ist? Exsudiert sie stark?
Ist es gar eine palliative Wundsituation? Für die Krankenkasse bedeutet ein täglicher Verbandwechsel enorme Kosten, wenn also keine ausreichende Begründung vorliegt, wird die Verordnung unter Umständen abgelehnt, was wiederum Frust und zusätzliche Arbeit auf Seiten der Pflege auslöst. Wenn also die vom Arzt zu stellende medizinische Wunddiagnose nicht vorliegt muss die Pflegefachkraft die Diagnose vom Arzt „einholen".
Denn ohne medizinische Wunddiagnose ist unklar um welche Wundart es geht und welches Ausmaß der Wunde vorliegt.

Ein weiteres Beispiel: Der Arzt diagnostiziert einen Ulcus cruris und der Pflegedienst soll laut Verordnung 1x täglich Kompressionsverbände durchführen. Sagt ein diagnostizierter Ulcus cruris aus, dass ein Kompressionsverband gemacht werden muss? Nein!
Ein diagnostizierter Ulcus cruris heisst lediglich, dass es sich um eine Wunde am Unterschenkel handelt, es ist ein sogenannter Sammelbegriff.
Daher ist es in so einem Fall entscheidend vom Arzt zu erfahren ob der Ulcus venös oder arteriell bedingt ist, ob es sich gar um eine gemischte Form handelt oder ob andere Ursachen vorhanden sind wie Stoffwechselerkrankungen, dermatologische Erkrankungen, genetische Defekte, Infektionskrankheiten oder eine maligne Entartung.
Wer ohne diese Ursache zu kennen, „nur zum ausprobieren ob es dem Patienten hilft", einen täglichen Kompressionsverband anlegt, schadet u. U. nicht nur dem Patienten sondern hat im schlimmsten Fall auch rechtliche Folgen zu befürchten. Der Ulcus könnte schliesslich auch arteriell bedingt sein und dann ist ein Kompressionsverband kontraindiziert.

Ich darf nochmals daran erinnern, der Arzt hat zwar die Therapieverantwortung, wir in der Pflege allerdings die Durchführungsverantwortung und daraus ergibt sich auch die Remonstrationspflicht. Das bedeutet, dass wir die Durchführung ablehnen müssen sobald etwas nicht dem aktuellsten Stand der Wissenschaft entspricht. Dies betrifft z. B. auch die Anwendung von Stoffen, Produkten und Methoden die auf der „Absoluten-Negativliste" stehen (siehe Negativliste von Werner Sellmer). Um auf den Kompressionsverband zurückzukommen, wenn keine klare Diagnose für die Sinnhaftigkeit eines solchen vorliegt, muss die Durchführung in jedem Fall abgelehnt werden, bis eine ausreichende Diagnose vorliegt.

In Schulungsveranstaltungen, die ich für die Landesärztekammer durchführe, versuche ich die Ärzte bezüglich der Sorgfalt bei Verordnungen zu sensibilisieren. Die meisten Ärzte verstehen die Thematik sehr schnell und sind bereit entsprechend genauer zu verordnen. Das Problem ist, dass die eine Seite (in diesem Fall die Ärzte) meist nicht die Probleme der anderen Seite (Krankenkassen / Pflegedienste / Pflegeheime) sieht. Umgekehrt ist es aber genau der gleiche Fall, was oft zu Ärger über die jeweils andere Seite führt.
Dieses Problem kann nur durch einen starken Ausbau der interdisziplinären Kommunikation gelöst werden.

Zusammenfassend kann ich sagen, gehen Sie regelmäßig auf Fortbildungen, fragen Sie nach wenn sie etwas nicht wissen oder unsicher sind, reflektieren Sie sich selbst und nehmen sie Hilfe an. Lassen Sie sich nicht von der Angst möglicher rechtlicher Folgen beeinflussen, wenn Sie von Ihrem Handeln überzeugt sind. Treten Sie selbstbewußt aber respektvoll auf, wenn Sie merken, dass etwas falsch läuft. Sie haben den Beruf der Pflegekraft gewählt, weil Sie anderen Menschen helfen wollen, denken Sie aber zwischendurch auch an sich selbst.

Sabrina Gaiser-Franzosi
Exam. Krankenschwester, Wundexpertin ICW e.V., Wundtherapeutin, Medizinprodukteberaterin, Gerichtlich bestellte Sachverständige des Sozialgerichts Stuttgart

Mit Bildung zum Erfolg

Verbesserte Kompetenzen bei Verantwortlichen

Die Initiative Chronische Wunden e.V (ICW) wurde 1995 mit der Zielsetzung gegründet, die Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden zu verbessern. Die demographische Entwicklung und die sich ausbreitenden Wohlstandskrankheiten zeigen, dass die Gründung ein Schritt in die richtige Richtung war.

Ziele der Initiative Chronische Wunden

Die ICW verfolgt das Ziel, chronische Wunden zu vermeiden, die Versorgungssituation von Menschen mit chronischen Wunden und die Rahmenbedingungen zur Versorgung zu verbessern sowie die Lehre und Forschung in diesen Bereichen zu professionalisieren.
Seit Jahren engagiert sich der Verein auf vielschichtigen Ebenen und mit unterschiedlichen Schwerpunkten rund um das Thema „Chronische Wunden". Die ICW ist bestrebt, wenn es darum geht Menschen mit chronischen Wunden eine Perspektive zu vermitteln, ihre Fachexpertise für alle Beteiligten gewinnbringend einzubringen und eine Führungsrolle zu übernehmen.

Fortbildungen der ICW Wundexperte ICW® und Pflegetherapeut Wunde ICW®

Die Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden (Ulcus cruris, diabetisches Fußsyndrom und Dekubitus) hängt in erheblichem Maß von der Qualifikation der Versorger ab.
Daher stand ab 2005 das Ziel im Fokus, ein Bildungskonzept umzusetzen, das die erforderliche Handlungskompetenz an möglichst viele „Wundversorger" heranträgt. Es besteht aus zwei aufeinander aufbauenden Fachqualifikationen. Den Einstieg bildet der Wundexperte ICW® mit einem theoretischen Umfang von 48 Unterrichtsstunden.
Darauf aufbauend folgt der Pflegetherapeut Wunde ICW®, der mit 168 Unterrichtsstunden die Fachexpertise einschlägig für Pflegefachkräfte weiter ausbaut. Eine Übersicht über die Themenschwerpunkte der beiden Bildungskonzepte sind den Tabellen 1 und 2 zu entnehmen. Um der Forderung nach lebenslangem Lernen und der vermehrten Wissensgenerierung durch Forschung gerecht zu werden, müssen alle Absolventen im Rahmen von Rezertifizierungskursen jährlich Seminare für ihr persönliches „Update" besuchen.
Das vom ICW e.V. entwickelte Konzept wird international von mehr als 130 Bildungsträgern angeboten. Daraus sind bisher 20.000 Absolventen hervorgegangen, die vom TÜV Rheinland zertifiziert wurden.

Handlungsorientierung findet großen Zuspruch

In einer lernintensiven Zeit von 48 Unterrichtseinheiten (UE) wird beim Wundexperten der Fokus auf eine ausgeprägte Handlungsorientierung gelegt. Die Teilnehmer erhalten in allen relevanten Themen auf der Basis ihrer beruflichen Grundkenntnisse vertiefende Fachkenntnisse von ausgewiesenen Experten. Dabei berücksichtigt die Zertifizierungsstelle, dass die Experten sowohl über ein hohes Maß an theoretischer als auch fachpraktischer Erfahrung verfügen. Schließlich soll in der Lehrveranstaltung die Verknüpfung von Problemen mit der Erarbeitung von Lösungsansätzen mittels neu gewonnener Erkenntnisse aufgezeigt werden. Darüber hinaus wird die Selbstlern- und Selbstorganisationskompetenz der Absolventen eingefordert,

Tab. 1: Übersicht der Stundenverteilung Wundexperte ICW®

Unterrichtseinheiten à 45 Min.	Unterrichtsthema
2	Expertenstandard
2	Haut/Hautpflege
3	Wundarten und -heilung
4	Wundbeurteilung/Dokumentation
2	Recht
3	Dekubitus/ Prophylaxe
3	Diabetisches Fußsyndrom/Prophylaxe
6	Ulcus Cruris/Prophylaxe/Kompression
10	Wundversorgung/ Wundverbände
2	Schmerz
3	Hygiene
3	Ernährung
4	Kommunikation
1	Hospitation & Hausarbeit

Tab. 2: Übersicht der Stundenverteilung Pflegetherapeut Wunde ICW®

Unterrichtseinheiten à 45 Min.	Unterrichtsthema
8	Expertenstandard
8	Prävention
8	Qualitätssicherung
16	Kommunikation
16	Koordination
8	Fallmanagement
24	Pflegeforschung
16	Projektmanagement
8	Pflegegutachten
8	Gesundheitswesen
16	Selbstpflegemanagement
8	Leben mit einer chronischen Wunde
16	Spezielle Wundsituationen und Therapieformen
8	Erstellen schriftlicher Arbeiten

indem zusätzlich zur theoretischen Weiterbildung eine Hausarbeit bzw. eine Hospitation gefordert wird.

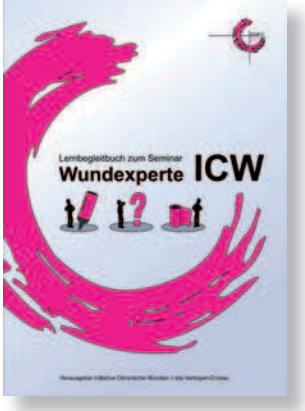
Bildung vor Ort

Das Curriculum wurde mit der Maßgabe konzipiert, den Absolventen ein hohes Maß an relevantem Fachwissen zu vermitteln, um chronische Wunden nach dem aktuellen Stand der Forschung zu versorgen. Um Interessenten die Bildungsangebote wohnortnah anbieten zu können, hat sich die ICW entschieden, dezentral mit verschiedenen regionalen Bildungsanbietern zusammenzuarbeiten. Dies hat den Vorteil, dass der zeitliche und finanzielle Aufwand für die Interessenten im akzeptablen Bereich gehalten wird. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit sich in der Region „seinen" Anbieter zu suchen, da für die Durchführung der Bildungsangebote der ICW unterschiedliche Zeitrahmen gewählt werden können. So können die Kurse sowohl in Blockform, wie auch in Form von „Abendschulunterricht" durchgeführt werden und jeder kann individuell entscheiden, wie er seinen Lernprozess gestalten möchte.

Prüfung und Vorbereitung

Zum Bestehen der Bildungsmaßnahme werden zwei schriftliche Leistungsnachweise gefordert. Zum Einen müssen die Teilnehmer eine Klausur erfolgreich absolvieren, zum Anderen wird eine mehrseitige Hausarbeit gefordert, die eine reale Fallbesprechung zum Schwerpunkt hat. Die ICW orientiert sich in ihrem Bildungskonzept an modernen Lernformen (Hausarbeit als Fallarbeit) und stellt dem „Grundwissen" die „klassische Klausurform" (Grundlagenwissen als framing[1]) gegenüber.
Eine ergänzende Möglichkeit zur Prüfungsvorbereitung ist das aktuell entwickelte „Lernbegleitbuch[2]", das mit konkreten Fallsituationen theoretisches Wissen mit der Praxis verknüpft.
Dieses Buch steht den Absolventen ab 2013 zur Verfügung.
Es stellt auf ca. 180 Seiten zu jedem Curriculumthema einen Fallauszug vor, auf den im Anschluss Fragen projiziert werden. Zur Selbstkontrolle dient der anhängende Lösungsteil.

[1] *Framing ist der Prozess einer Einbettung von Ereignissen bzw. Themen in individuelle Deutungsrahmen („Denkraster")*
[2] *Eine Lernbegleitung ist nur für den Wundexperten ICW verfügbar*



Berufliche Perspektiven für die Absolventen

Die zusätzlichen Kompetenzen bzw. die bei ICW/TÜV erworbenen Zusatzqualifizierungen legitimieren nicht automatisch eine andere Stellung in einem Team einzunehmen.

„Es ist gut, die Grenzen künftiger Arbeit zu umreißen." (Leo N. Tolstoi)

Auf diesen Punkt verweist die ICW ausdrücklich in ihrem 2011 veröffentlichen Positionspapier.
Alle Kursabsolventen haben von diesem Papier Kenntnis zu nehmen.
Nach Abschluss der Fortbildungen nehmen die Absolventen häufig eine spezialisierte Aufgabe in der Versorgung von Wundpatienten wahr. Geeignete Positionen können zum Beispiel in Abhängigkeit von der Grundqualifizierung folgende sein:

- Übergeordneter Wundberater einer Klinik
- Tätigkeit in einer Wundambulanz/in einem Wundzentrum
- Berater in ambulanten und stationären Einrichtungen
- Tätigkeit als Dozent

Für die Absolventen mit dem Abschluss „Pflegetherapeut Wunde ICW®" sind zusätzlich die vom Expertenstandard definierten Aufgaben der pflegerischen Fachexpertin zuzuordnen.

Bedeutung des Kurskonzeptes für Stomatherapeuten

Die Versorgung von Stomata steht oft im Zusammenhang mit der Wundversorgung. Viele der Betroffenen sind multimorbide, benötigen eine pflegerische Versorgung, haben Einschränkungen in der Mobilität und zählen daher zur Risikogruppe für chronische Wunden. Einige der Patienten entwickeln Hautveränderungen bis hin zu einer Wunde in peristomalen Hautarealen. Darüber hinaus führt ein Stoma zu Veränderungen des Körperbildes und es gibt neue Selbstpflegeanforderungen zu bewältigen. Damit ergeben sich Schnittmengen mit dem Curriculum der ICW und somit mögliche Kombinationen für gemeinsame Fortbildungsgestaltungen. Einige Anbieter der ICW/TÜV-Kurse bieten bereits die Weiterbildung Stoma/Inkontinenz in Kombination mit dem Wundexperten oder Pflegetherapeuten Wunde an.

Informationen dazu finden Interessierte unter:
www.icwunden.de/Wundseminare

Internationale Projekte

Die Zertifizierung nach ICW/TÜV wurde von der European Wound Management Association (EWMA) offiziell anerkannt und wird seither bei der EWMA gelistet. und zeigt die Akzeptanz der ICW im europäischen Kontext.

Das Konzept des Wundexperten ICW® wird seit 2010 auch außerhalb Europas angeboten. Die Verantwortlichen der ICW/TÜV-Zertifizierung sind grundsätzlich aufgeschlossen, das Konzept in anderen Ländern und unter anderen Rahmenbedingungen umzusetzen. Damit kann die Versorgungssituation und Lebensqualität Betroffener auch dort deutlich verbessert werden. Hier einige Beispiele einer gelungenen Zusammenarbeit:

China

Die Resonanz aus China zeigt, dass die ICW mit dem „deutschen" Wundexperten ein erfolgreiches Bildungsprodukt exportiert hat. Nachdem der Wundexperte in der südwestchinesischen Provinz Sichuan erfolgreich implementiert wurde, hat das dortige Gesundheitsministerium das Seminar als „Vorzeigeprojekt" eingestuft.

Der gleichzeitige Aufbau einer spezialisierten Versorgung Betroffener findet seither regen Zulauf.

Fortbildungsteilnehmer wurden aus allen Regionen Chinas rekrutiert und bleiben für jeweils mehrere Wochen als Praktikanten im dortigen Wundzentrum.

Inzwischen zeigen weitere Kliniken wie das Tongren Hospital der Universität Peking und eine vergleichbare Klinik in der 15. Mio. Stadt Guangzhou Interesse. Zum dortigen Wundkongress im September 2012 hat die ICW ihr Konzept zur Fortbildung vor rund 250 anwesenden Chirurgen aus allen Landesteilen vorgestellt.

Das Bild zeigt Wundexperten aus dem in Chengdu gegründeten „ICW Club" sowie Frau Bloch (Verantwortliche der Paul Hartmann AG, dritte der ersten Reihe von rechts) und Frau Verheyen-Cronau (Leitung der Zertifizierungsstelle der ICW/TÜV, vierte der ersten Reihe von rechts).

Libanon

Ein weiteres ICW/TÜV-Projekt im Ausland wurde im Frühjahr in der libanesischen Hauptstadt Beirut durch das St. George Hospital (University Medical Center) in Zusammenarbeit mit der Hartmann AG Middle East realisiert. Die Klinik wurde in missionarischer Tradition von orthodoxen Christen im 19. Jahrhundert gegründet. Die Libanesische Republik im vorderasiatischen Mittelmeerraum ist von Bürgern sehr unterschiedlicher Kulturen und

Bilder: Verheyen-Cronau

Religionen bevölkert, die in dieser Klinik unabhängig von ihrer Herkunft behandelt werden. Die Nähe zur Konfliktregion Syrien bremst die geplanten Aktivitäten derzeit allerdings aus, da der Transitverkehr durch Blockaden behindert und eine Teilwarnung für Reisende vom Auswärtigen Amt ausgesprochen wurde. Die südlichen Vororte von Beirut gehören zu einer gefährdeten Region, daher ist derzeit die Ausrichtung des nächsten Wundexpertenkurses gefährdet, zu dem Teilnehmer aus allen Landesteilen angemeldet sind.

BREMER DEUTSCHER PFLEGEKONGRESS WUNDKONGRESS

Lebenslanges Lernen

„Was Hänschen nicht lernt, lernt Hans nimmermehr", sagt ein altes Sprichwort. Es vergisst: Was Hänschen gelernt hat, kann er als Hans längst vergessen haben oder es ist nicht mehr aktuell.
Daher verlangt die ICW/TÜV-Zertifizierung von allen Absolventen ab 2008 einen Nachweis über kontinuierliche Fortbildung in Form von „Rezertifizierungspunkten". Diese werden durch Teilnahme an registrierten Fortbildungen oder Kongressen erworben.
Nähere Informationen sind auf der Homepage der ICW unter Teilnehmerinformationen/Rezertifizierung zu finden.

Jährliche Fachkongresse

Die ICW richtet jährlich zwei Fachkongresse aus, bei denen in der

Vergangenheit eine stets zunehmende Teilnehmerzahl registriert wurde. Zuletzt waren beim Deutschen Wundkongress in Bremen mehr als 4.500 Besucher.

Die Kongressteilnehmer erwartet jährlich ein spannendes, praxisnah ausgerichtetes, aktuelles Programm. Darüber hinaus ist die Industrieausstellung geeignet um sich über aktuelle Produkte und neue Entwicklungen zu informieren. Der nächste Kongress findet in Bremen vom 15.05.2013 – 16.05.2013 in der Messe Bremen statt. Informationen unter:
www.deutscher-wundkongress.de

Für die Region Süddeutschland ist ein weiteres Angebot mit dem Wundkongress Süd in Würzburg) der ICW geschaffen. Hierzu sind Interessierte vom 04.–06. März 2013 eingeladen.

Aktuelles

Anerkennung als wissenschaftliche Fachgesellschaft

Der gemeinsame Bundesausschuss (G-BA, oberstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland) ist durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz von 2008 vom Gesetzgeber damit beauftragt worden eine Richtlinie zur Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten auf Angehörige der Alten- und Krankenpflegeberufe nach § 63 Abs. 3c SGB V zu entwickeln. Im März diesen Jahres trat der Beschluss des G-BA zur Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V in Kraft.
Neben weiteren Tätigkeitsfeldern zur Übertragung der ärztlichen Tätigkeiten auf nichtärztliche Heilberufe ist darin explizit die Wundversorgung benannt. Zu dem Entwurf wurden entsprechende Fachgesellschaften aufgerufen, eine Stellungnahme zum Beschluss vorzulegen. Die ICW hat daraufhin eine Stellungnahme versendet und dem Antrag auf Anerkennung als stellungnahmeberechtigte Fachgesellschaft, die nicht in der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) organisiert ist, wurde stattgegeben. Im Bundesanzeiger wurde die Zustimmung bereits am 12.07.2012 veröffentlicht.
Damit ist die ICW e.V. als nicht AWMF-organisierte, stellungnahmeberechtigte wissenschaftliche Fachgesellschaft durch den G-BA (nach § 91SG V) gelistet. Dies ist als eine Anerkennung der Leistungen der ICW in puncto wissenschaftlicher Zielsetzung und Aktivitäten zu sehen.

I. Verheyen-Cronau
A. Leibig

Aufgabenbereiche des Pflegeexperten Stoma, Kontinenz und Wunde

Auszug aus der Abschlussarbeit „Implementierung eines Standards zur Versorgung chronischer Wunden am Beispiel des Städtischen Klinikums Brandenburg GmbH“, erstellt im Rahmen des Weiterbildungslehrgangs zum Pflegeexperten Stoma/ Kontinenz/ Wunde

Einleitung

2008 wurde vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege der Expertenstandard „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden" veröffentlicht. Dieser wurde an der Fachhochschule Osnabrück entwickelt und vom Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen des Modellprogramms zur Versorgung Pflegebedürftiger gefördert. Im Städtischen Klinikum Brandenburg GmbH wurde bereits im Jahr 2000 die Notwendigkeit eines Standards zur einheitlichen Versorgung von Wunden erkannt. Die Entwicklung des Standards sowie deren Implementierung wurde innerhalb von 3 Jahren umgesetzt. Dieser hausinterne Standard unterliegt einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess im Rahmen der Qualitätssicherung.

In dieser Arbeit wird die beispielhafte Implementierung dieses Standards vorgestellt, der einschließlich einiger Revisionen bis heute Gültigkeit hat. Insbesondere wird die Rolle der Pflegeexperten Stoma/ Kontinenz/ Wunde als Spezialist/in im Netzwerk Wundmanagement in einem modernen Klinikum dargestellt.

Der Ablauf zur Implementierung des hauseigenen Standards „Wundmanagement“ lässt sich wie folgt darstellen: Die Geschäftsführung erstellte zunächst gemeinsam mit der Pflegedirektion im Jahr 2000 den zweiteiligen Projektauftrag zur:

- Überprüfung der im Haus verwendeten Wundversorgungsprodukte hinsichtlich einer möglichen Kostenminimierung
- Verbesserung der qualitativen Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden im Klinikum durch einheitliche Behandlungsstandards

Die Umsetzung des Projektes zur Durchführung wurde durch die Stabsstelle zur Qualitätssicherung der Pflegedirektion übernommen und wie folgt ausgeführt:

1. Gründung einer Arbeitsgruppe
2. Auswahl der Mitglieder
3. Festlegung der Ziele
4. Planung
5. Ausführung
6. Überwachung
7. Evaluation
8. Abschluss des Projektes

Durchführung

1. Gründung einer Arbeitsgruppe

Zur Leitung der Arbeitsgruppe wurde die Stabsstelle zur Qualitätssicherung der Pflegedirektionsleitung berufen, die ärztliche Leitung wurde durch die Klinik für Gefäßchirurgie übernommen.

2. Auswahl der Mitglieder

Von jeder Station und Abteilung des Klinikums sollte mindestens ein Mitarbeiter an der Arbeitsgruppe teilnehmen. Die Arbeitsgruppe umfasste 50 Mitglieder, die sowohl aus dem Pflege- und Funktionsdienst als auch aus dem ärztlichen Dienst, der Apotheke und der Medizinischen Schule kamen.

3. Festlegung der Ziele

Eine Festlegung der Ziele dieser Arbeitsgruppe erfolgte beim ersten Treffen der „Wundprofi AG“:

- kosteneffiziente Etablierung der modernen Wundversorgung in allen Kliniken unseres Hauses
- Kostenoptimierung im Bereich Sachkosten und Personalkosteneinsatz
- Stärkung der Kompetenzen der Mitarbeiter
- einheitliche Wund- und Stomadokumentation
- zusätzliche Fotodokumentation als Regelfall bei definierten Indikationen
- interne Schulungen des Pflegepersonals und der Ärzte
- Erstellung eines Leitfadens zur Versorgung von Wunden
- Optimierung der Dokumentation zur Dekubitusstatistik des Klinikums
- Erstellung eines hausinternen Pflegestandards/ Pflegeleitlinien für septischen bzw. aseptischen Verbandswechsel

4. Planung

- Ist- Analyse der Verbandsmittel und Wundversorgungsprodukte auf den Stationen
- Festlegung des Soll-Zustandes
- Abgleich der definierten Produkte und ihrer Kosten mit der Apotheke des Hauses
- Festlegung eines definierten Produktstandards für das gesamte Klinikum
- Absprachen zu Schulungen der Mitarbeiter mit den Herstellerunternehmen zur Handhabung der jeweiligen Produkte nach MPG
- Festlegung eines zeitlichen Rahmens zur Umsetzung aller Maßnahmen
- Evaluation des Prozesses und der Maßnahmen

5. Ausführung

Die 22 Mitglieder der AG bekamen den Auftrag, die bisher verwendeten Wundversorgungsprodukte auf ihrer Station aufzulisten und zu sortieren.
Ein Zeitrahmen von ca. 12 Wochen wurde hierfür festgelegt.
In den Teambesprechungen der Stationen erfolgten Fachdiskussionen zum Einsatz von Verbandsmaterialien und Wundversorgungsprodukten.
Anschließend wurde eine Liste von verzichtbaren oder selten verwendeten und Materialien erstellt. Dieser Vorgang erfolgte in allen Bereichen unseres Hauses und wurde zum festgesetzten Termin abgeschlossen. Die aktualisierten Listen wurden in einem der nächsten AG-Treffen vorgestellt.
In der AG erfolgten Diskussionen über Materialien und Herstellerangebote. Vor- und Nachteile der jeweiligen Verbände sowie deren Handhabung wurden ausgewertet und gegeneinander abgewogen.
Preisvergleiche der Apotheke zu den diskutierten Produkten wurden vorgelegt und besprochen. Es fanden Testungen von Produkten statt, deren Ergebnisse auf standardisierten Protokollen festgehalten wurden.
Anschließend erfolgte die Auswertung in der Arbeitsgruppe. Als Ergebnis der Auswertung wurde eine Reduzierung auf zwei Anbieter als Hauptlieferanten der Produkte für die moderne Wundversorgung vorgenommen.
Dabei wurde darauf geachtet, dass die Produktpaletten der Anbieter sich gegenseitig ergänzen und sowohl das Preis-Leistungsverhältnis als auch die Anwenderfreundlichkeit auf einem sehr hohen Niveau lagen.
Im nächsten Schritt erfolgte die Planung der Anwenderschulungen, welche durch die jeweiligen Fachberater der Hersteller durchgeführt wurden. Im ersten Schritt wurden zunächst die Wundprofis (Mitglieder der AG) geschult, um als Multiplikatoren in ihren Bereichen zu arbeiten. Die Schulungen wurden in allen Treffen der Wundprofis zu einem festen Bestandteil der Besprechungen.
Es ist darauf geachtet worden, dass Produktneuheiten zeitnah vorgestellt wurden. In einem weiteren Schritt wurde festgelegt, dass Materialien, außerhalb des internen Standards im Rahmen von Sonderbestellungen patientenindividuell beschafft werden können. Hierfür ist eine schriftlich begründete ärztliche Notwendigkeit Voraussetzung.

Über die Möglichkeiten und Notwendigkeiten zur einheitlichen Dokumentation aller Kliniken und Bereiche wurde gesprochen und die jeweiligen Dokumente im Rahmen des Qualitätsmanagements den fachübergreifenden Erfordernissen angepasst.
Die Dokumente wurden in der zentralen Dokumentenverwaltung (Datenbank mit einer Übersicht aller gültigen Mitarbeiterinformationen, Pflegeleitlinien SOP des Hauses festgehalten und zum Abruf durch die Stationen und Bereiche hinterlegt. So wurde sichergestellt, dass immer die aktuelle Version zum Zugriff bereit stand und keine alten Kopien in Umlauf gelangten. Es wurde festgelegt, die Treffen der Wundprofis zu nutzen, die Dokumentation der Dekubitalulcerationen im Haus zu besprechen und die pflegerischen Maßnahmen zur Vermeidung von Druckgeschwüren einheitlich zu gestalten.
2004 wurde die Schaffung einer Stabsstelle zur Wund- und Stomaberatung geplant und diese als Vollzeitstelle beantragt.
Es erfolgte eine Überarbeitung der Standards zur Wundversorgung durch die Pflegeexpertin Stoma/ Kontinenz/ Wunde. Die Angebote und Preise der Herstellerunternehmen wurden eingeholt und es erfolgte eine Umstrukturierung der Produktpalette im Hause.
Die Treffen der Wundprofi AG fanden noch weiterhin ein bis zwei Mal im Jahr statt.
Schulungen zur Dokumentation und Maßnahmen bei chronischen Wunden erfolgten zentral innerhalb der innerbetrieblichen Fortbildung, aber auch direkt auf den einzelnen Stationen und in den Bereichen.

Seit 2000 wird im Klinikum eine Dekubitusstatistik erhoben, die jährlich stationsweise ausgewertet wird.
Die Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH nahm hierbei auch an der Expertengruppe des Clinotelverbundes (offener Verbund für Krankenhäuser in öffentlicher und freigemeinnütziger Trägerschaft) teil. Auf den Schwerpunktstationen fanden zusätzliche Schulungen zur Wundversorgung und Lagerung der Patienten statt, diese brachten auch eine höhere Sensibilisierung des Pflegepersonals dazu mit sich.
Da die Kodierungen eines Dekubitus und chronischer Wunden eine Abrechnungsrelevanz im Rahmen der DRGs haben, erfolgte eine enge Absprache mit den Verantwortlichen zu den einzelnen Fällen. Die Dokumentationsassistenten erhielten einen Maßnahmen- und Produktkatalog, mit den entsprechenden Wundverlaufsphasen als einheitliche Arbeitsgrundlage von der Pflegeexpertin Stoma/ Kontinenz/ Wunde.
Die Einschätzung der Gefährdung der Patienten mittels Nortonskala wurde als Standard festgelegt. So muss jeder Patient innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme eingeschätzt werden, bei Verbesserung oder Verschlechterung des Allgemeinzustandes aber in der Folge mindestens ein Mal in der Woche.

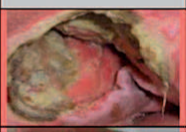
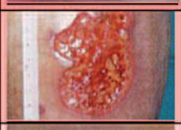
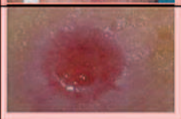
Es erfolgen heute noch monatliche Fallbesprechungen, aber auch individuelle Therapieabsprachen und Dokumentationsbesprechungen in den Teams der Stationen.
Standards zur Wund- und Dekubitusdokumentation wurden mit den dazugehörigen Dokumenten in der Anwendung durch die Mitarbeiter des Hauses geschult.
Es wurden Kittelkarten gedruckt, die alle Mitarbeiter des Hauses bekamen, welche auf der einen Seite die Kurzfassung der Produkte zur modernen Wundversorgung und auf der anderen Seite eine Kurzfassung der Nortonskala aufweisen.

In die Dokumentenverwaltung wurde ein Sammelordner eingestellt, der alle Produkte in der ausführlichen Beschreibung enthält.

Revision 02
Dezember 2009
Seite 1 von1

Kittelkarte zur Pflegeleitlinie
Wund- und Dekubitusbehandlung
Pflegedirektion

klinikum brandenburg
Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité

Wundverlaufsphase (auch bei Dekubitus)	Beispiel	Wundsekretion	Wundreinigung (Debridement)	Desinfektion	Wundfüller mit u./o. Keimreduktion (einzeln o. kombiniert)	Wundabdeckung/ (adhesive/ non adhesive)	Bemerkungen (richtet sich nach dem Verbandmaterial)
infiziert, übel riechend		stark infiziertes Exzudat, feuchte Nekrose	- chirurgisch - autolytisch - biochirurgisch (Maden) - spülen mit körperwarmer(!) Ringerlösung	- Octenisept oder Braunol, Cutasept (je nach Verbandart und Wunde)	- Allevyn Cavity/plus - Actisorb Silver - Aquacel Ag - Algisite Ag - Hydrogel	- Tegaderm Foam - Allevyn/plus/Gentle - Mullkompressen	**VW alle 24h-72h,** ggf.häufigere VW - event. Antibiose nach Abstrich - Wundrandschutz mit Cavilonspray
schwarz, nekrotisch		trockene Nekrose exsudierend, feuchte Nekrose	- chirurgisch - autolytisch - biochirurgisch (Maden) ggf. Nekrose belassen (kann erwünscht sein)	- Octenisept oder Braunol, Cutasept (je nach Verbandart und Wunde)	- Allevyn Cavity - Allevyn Cavity plus - Aquacel Ag - Algisite Ag - Hydrogel/Octenilin	- Tegaderm Foam - Allevyn/plus/Gentle - Mullkompressen - Tegadermfolie	**VW alle 24h-72h** - Wundrandschutz mit Cavilonspray
gelb, Fibrin belegt		trockene oder exsudierend, feuchte Wunde	- chirurgisch (wenn nötig) - autolytisch - spülen mit körperwarmer(!) Ringerlösung	- Octenisept oder Braunol, Cutasept (je nach Verbandart und Wunde)	- Aquacel/ Ag - Algisite Ag - Hydrogel/Octenilin	- Tegaderm Foam - Allevyn/plus/Gentle - Mullkompressen - Tegadermfolie	**VW alle 48 h** - Wundrandschutz mit Cavilonspray
rot granulierend		exsudierende, feuchte Granulation	- spülen mit körperwarmer(!) Ringerlösung	- Octenisept oder Braunol, Cutasept (je nach Verbandart und Wunde)	- Aquacel/ Ag - Algisite Ag	- Tegaderm Foam - Allevyn/plus/Gentle - Tegasorb absorbend - Hydrokolloidverbände - Tegadermfolie - Mullkompressen	**VW alle 48-72 h** - Wundrandschutz mit Cavilonspray
Epithelphase, rosa, livide		oberflächlich, geringe Exsudation	- mechanischer Schutz des Epithels	- Octenisept oder Braunol, Cutasept (je nach Verbandart und Wunde)		- Allevyn Gentle/thin - Tegasorb absorbend - Hydrokolloidverbände - Tegadermfolie - Mullkompressen - Lomatuell - Atrauman/ Ag	**VW alle 3-5 Tage** - Wundrandschutz mit Cavilonspray
Rötung (Dekubitus 1. Grades)							- Hautpflege mit PC30V (mind. 2x tgl.) - Schutz vor Ausscheidungen mit Cavilonspray - Bewegungsplan - ADM/ WLM

Er entspricht der Wundfibel anderer Häuser. Der Vorteil besteht darin, dass immer die neuste Version online aufzurufen ist. Aktualisierungen erfolgen im Rahmen des Qualitätsmanagements und werden einmal jährlich angepasst oder bei zusätzlichem Bedarf.

6. Überwachung

Die Überwachung des gesamten Prozesses lag in den Händen der Pflegedirektion. Die Qualitätsmanagerin und die Pflegeexpertin Stoma/ Kontinenz/ Wunde begleiteten alle Abläufe und optimierten in Zusammenarbeit mit den Mitgliedern der AG und dem Wundforum die Dokumentationen und die Anwendungen der Materialien.
Dieser Vorgang obliegt einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess im Rahmen der Qualitätssicherung.

7. Evaluation

Bei einer ersten Schrankkontrolle auf den Stationen und in den Abteilungen des Hauses wurde festgestellt, dass in den Verbandschränken in den Bereichen sehr viele Materialien lagerten, die selten oder nie zum Einsatz am Patienten kamen. Die Außendienstmitarbeiter der Firmen brachten die Verbände auf die Stationen, ohne sie einem festen Ansprechpartner zu geben. Erläuterungen zu diesen Produkten wurden nur kurz aufgenommen und die Packungen im Schrank verstaut. Wenn eine entsprechende Versorgung notwendig war, wurde entweder nicht an die entsprechenden Verbände gedacht, oder es als „zu schade" empfunden die Packung zu eröffnen. Teilweise erreichte man das definierte Verfallsdatum, ohne dass das Produkt jemals zur Anwendung kam. Andererseits verfielen auch Produkte, die speziell für einzelne Patienten bestellt wurden und danach nie wieder zur Anwendung gekommen sind.

8. Abschluss

2010 wurde die Arbeit der Wundprofi AG erfolgreich abgeschlossen.
Die Wundversorgung wurde fest in das Entlassungsmanagement des Hauses integriert.
Im Rahmen der innerbetrieblichen Fortbildung findet nun ein Mal jährlich ein Wundforum statt, welches dem fachlichen Austausch dient sowie zur Vorstellung neuer Produkte und Handhabungen der Materialien.
Bei Bedarf erfolgen direkte Absprachen mit den Hausärzten zur nachhaltigen Sicherung der Therapie der Patienten.
Es gibt Festlegungen zu Regeln für Besuche und Gespräche der Außendienstmitarbeiter der Herstellerunternehmen und Mitarbeitern des Klinikums. Das sichert zugleich die ungestörte Arbeit der Pflegekräfte mit den Patienten, als auch dass der Außendienstmit-

Bilder: Sylvia Kluge

arbeiter immer einen kompetenten Ansprechpartner vorfindet.
Auch Testungen neuer Produkte werden nur noch über die Pflegedirektion geleitet und koordiniert.

Ausblick

Im Juni 2011 begannen wir in unserem Haus mit der digitalen Patientenakte LEP® (Leistungserfassung in der Pflege) und ePA AC© (ergebnisorientiertes Pflege-Assessment AcuteCare) zu arbeiten. Hierfür wurden in unserem Haus digitale Dokumentationsbögen für Wunden und den Dekubitius entwickelt (auch um vergleichbare Daten für die Weiterführung der Dekubitusstatistik zu erhalten). In absehbarer Zeit sollen sich aus diesen Daten die Werte für die Statistik ermitteln lassen, so dass diese nicht mehr per Hand eingepflegt werden müssen. Eine Doppeldokumentation kann durch den Einsatz LEP® und ePA AC© vermieden werden, somit ist eine optimierte Nutzung der erfassten Werte möglich. Ein besonderes Augenmerk liegt auf der Schulung aller Mitarbeiter im Umgang mit der elektronischen Patientenakte.

Aufgabenbereiche der Pflegeexpertin Stoma/ Kontinenz/ Wunde im Netzwerk Wundmanagement der Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH

Im Zuge der Implementierung des Prozesses zum Wundmanagement in der Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH stellte sich die Frage der Integration der Pflegeexpertin Stoma/ Kontinenz/ Wunde in dieses Netzwerk. Die Pflegeexpertin Stoma/ Kontinenz/ Wunde übt ihre beratende Tätigkeit auf allen Stationen des Klinikums aus. Sie bietet Beratung und Hilfestellung bei der Versorgung von Patienten mit Problemwunden, chronischen Wunden und Patienten mit Stomaanlagen im gesamten Haus an. Des Weiteren gibt sie Hilfestellung und Unterstützung bei allen notwendigen Verbandwechseln in Zusammenarbeit mit den vor Ort arbeitenden Ärzten und Pflegekräften, auch gegebenenfalls im OP und sonstigen Funktionsbereichen.
Es finden Beratungen, Anleitungen und Schulungen von Ärzten, und Pflegekräften im Umgang und Handhabung von Verbandmaterial und Wundversorgungsprodukten statt.

Sie gibt Unterstützung bei der Optimierung der Therapie im Einzelfall, z. B. Hinweise zu Ernährungsstörungen, Bedarf an zusätzlicher Gabe von Vitaminen usw.
Es findet eine Unterstützung und Begleitung bei der pflegerischen Erstellung der Dokumentation statt, immer zusammen mit den Pflegekräften vor Ort.

Regelmäßige Kontrollen zur Optimierung der vorgenommenen Dokumentation (Aufnahmezustand, Gradeinteilung usw.) und Mitwirkung bei der Codierungsoptimierung (einmalige Erstellung einer Übersicht mit abrechnungsrelevanten Verbänden für die Dokumentations-Assistenten), erfolgen

Außerdem gehören zu ihren Aufgaben die Verwaltung und Organisation des Lagers für Antidekubitusmatratzen und sonstige Hilfsmittel und Gespräche mit den Mitarbeitern der Zulieferfirmen dieser Hilfsmittel und sowie Lehrvisiten in allen Abteilungen zum Umgang mit dem Matratzenmanagement.
Ebenso die Kontrolle der patientenbezogenen Einstellung der Antidekubitusmatratzen auf den Stationen und Schulungen der Anwender zum Umgang mit den Matten in den einzelnen Bereichen dazu.

Die Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH verfügt über einen großen Bestand von Lagerungs- und Mobilisierungsmitteln für schwergewichtige Patienten, wozu auch eine eigens entworfene Aufrichthilfe für die Spezialbetten gehört.

Weitere Aufgaben der Pflegeexpertin Stoma/ Kontinenz/ Wunde im Klinikum:

- Anfertigung der Fotodokumentation.
- Regelmäßige Gespräche mit den Kooperationspartnern in den pflegerischen Handlungsfeldern Wundversorg-ung, Inkontinenzmanagement, Stomatherapie, Ernährungsberatung und Infusionstherapie. Selbstverständlich sind ebenso regelmäßige Gespräche mit den Mitarbeitern der Herstellerunternehmen.
- Patientenlisten zur Leistungserfassung werden von ihr erstellt.
- Regelmäßiger Unterricht als Dozentin an unterschiedlichen Ausbildungsstätten im Gesundheitswesen, Thema: Wund- und Stomaversorgung
- Leitung des Wundforums, Fortbildungen zum Thema Stoma- und Wundversorgung, Umgang mit Lagerungshilfsmitteln
- Erstellung einer einheitlichen, hausinternen Pflegeleitlinie zur Dekubitusprophylaxe und Wundversorgung mit dem Qualitätsmanagement
- Erstellung von einheitlichen Pflegestandards zum septischen bzw. aseptischen Verbandswechsel
- Beratung bei Problemen in den Teams (Lagerung, Schwerlastmanagement, Wunden, Dokumentation usw.) und bei Bedarf Teilnahme an den internen Audits und Pflegeaudits

Speziell bei Überleitung von Patienten mit Wunden in den häuslichen Bereich:

- Bei Bedarf erfolgen Absprachen mit den Hausärzten zur Fortführung und Übernahme der Therapie aus dem Klinikum
- Teilweise Kontrolle der Überleitungsdokumentation für den Nachversorger
- Organisation der Versorgung nachstationärer Patienten bis zur Übernahme durch einen niedergelassenen Arzt

Speziell bei Patienten mit Stomaanlagen:

- Präoperative Stomamarkierungen bei Neuanlagen werden, nach Absprache mit dem Stationsarzt, vor der OP durchgeführt
- Übungen zur Selbstversorgung des Patienten finden gemeinsam mit dem Pflegepersonal vor Ort statt. Schulungen der Angehörigen werden angeboten
- Überprüfung der Fähigkeiten des Patienten zur Selbstversorgung zur Entlassung
- Information zu Kontakten der Selbsthilfegruppen, Ernährungsberatung usw.
- Hilfestellung und Unterstützung bei

der Entlassung aus dem Klinikum und ggf. auch darüber hinaus
- Vermittlung eines Nachversorgers auf Wunsch des Patienten

Dekubitusprophylaxe und Therapie:

- Abstimmung der Therapie bei Risikopatienten mit allen Beteiligten
- Dokumentationsüberwachung und Optimierung
- Bearbeitung und Kontrolle der Dekubituserfassung
- Bearbeitung und Auswertung der Dekubitusstatistik mit dem QM des Hauses, sowie Suche nach Verbesserungsmöglichkeiten
- Fallbesprechung im Rahmen des Fehlermanagements (in der PDL, den Teams und dem Wundforum)

Überleitung von Patienten

Überleitungen erfolgen gemäß dem nationalen Expertenstandard schon während des Aufenthaltes auf der Station. Der Patient hat die Möglichkeit seinen Nachversorger kennenzulernen und so geschützt in die Häuslichkeit zu gelangen.

Weiterbildungen

Es werden innerbetriebliche Fortbildungen zur Stoma- und Wundversorgung angeboten, einschließlich Dokumentation und Fotodokumentation.

Fazit

Die Bereinigung der Produktpalette im gesamten Klinikum machte das Angebot an Verbrauchsmaterialien übersichtlicher. Durch die Standards zur Wund- und Dekubitusbehandlung sowie die Schulungen des Pflege- und des ärztlichen Dienstes werden die Verbandsmaterialien heute effektiver und kostensparender eingesetzt. Die Qualität der Versorgung wird auf hohem Niveau gesichert. Patienten sind zufriedener und der „Drehtüreffekt" wird durch ein gutes Entlassungsmanagement mit Überleitungen in die Häuslichkeit weitgehend vermieden. Hierfür stehen uns Kooperationspartner aus dem ambulanten Sektor zur Verfügung.
Mit der Einführung der Stabsstelle der Pflegeexpertin Stoma/ Kontinenz/ Wunde wurde eine „Kontrollfunktion" etabliert. Die Dokumentation der Patienten mit Wunden und Dekubitalulcera kann durch eine erfahrene Pflegeexpertin durchgehend geprüft werden. Es gibt kontinuierliche Hilfestellungen bei der Dokumentation, was für alle Mitarbeiter des Hauses eine erhebliche Erleichterung ihrer täglichen Arbeit bedeutet. Der effektive Einsatz von Produkten ist gewährleistet.
Abschließend kann festgehalten werden, dass sich der Aufwand für die Umsetzung dieses Standards einschließlich Fachweiterbildung aus ökonomischer Sicht für das Unternehmen und die Patientenzufriedenheit gelohnt hat.

Persönliche Anmerkung

Berufspolitisch wäre es aus Sicht der Autorin an der Zeit, dass examiniertes Pflegepersonal mit einer mehrjährigen Weiterbildung und einem entsprechenden Abschluss als Pflegeexperte Stoma/ Kontinenz/ Wunde selbständig Heil- und Hilfsmittel verordnen kann. Arbeitsabläufe und Behandlungen werden somit ohne Verzögerungen gewährleistet, die Ärzte in ihren Tätigkeiten unterstützt, Zeit und Geld gespart und vorhandene Ressourcen und umfangreiche Fachkompetenz effektiv genutzt.

Steckbrief Sylvia Kluge:

-19.08.1965 in Brandenburg an der Havel geboren
-1982-1986 Fachschulstudium, Ausbildung zur Krankenschwester in der „Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH"
-1986-2006 beschäftigt als Krankenschwester auf einer Station für Allgemein- und Viszeralchirurgie (Schwerpunkt Onkologie) in der „Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH"
- seit 2006 Tätigkeit als Wund- und Stomaberaterin (Stabstelle der Pflegedirektion) in der „Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH" mit Weiterbildungen zur Wundexpertin und Stomaberaterin
- in 2011 erfolgreicher Abschluss der Weiterbildung zur Pflegeexpertin SKW Wannsee – Akamedie

Sylvia Kluge
Wund- und Stomaberaterin
Abteilung PDL
Hochstraße 29
14770 Brandenburg an der Havel
kluge@klinikum-brandenburg.de

Bilder: Sylvia Kluge

Hochwertige Stoma-Accessoires

Hautschutz ist für Stomaträger ein wichtiges Thema – jeden Tag

Produktnummer:
Niltac™ Spray: TR 101
Niltac™ Tücher: TR 102

Der innovative Pflasterentferner

Niltac™ basiert auf Silikontechnologie, ist hypoallergen, enthält keinen Alkohol und ermöglicht damit ein schmerzfreies Entfernen der Stomaversorgung. Das **Niltac™ Spray** unterstützt das sanfte Entfernen der Basisplatte von der Haut, auch bei sehr stark haftenden Versorgungen. Ist die Basisplatte entfernt, kann man mit Hilfe der **Niltac™ Tücher** die Haut von restlichen Pflaster- und Kleberrückständen befreien.

Der reizfreie Hautschutzfilm

Das Silesse™ Spray und die **Silesse™ Tücher** erzeugen einen schützenden Film auf der Stoma umgebenden Haut und bewahrt sie vor schmerzhaften Reizungen und Rötungen.

Produktnummer:
Silesse™ Spray: TR 104
Silesse™ Tücher: TR 103

Produktnummer:
Diamonds™: TR 105

Geruchsbanner und Super Absorber

Diamonds™ bindet flüssige (Darm-)Ausscheidungen zu einem Gel, beseitigt unangenehme Gerüche, bietet eine diskrete, flache Versorgung und sorgt für ein Plus an Komfort.

ConvaTec (Germany) GmbH
Radlkoferstraße 2
81373 München
Deutschland

Montag bis Freitag
8:30 bis 16:30 Uhr

Kundenberatung
0800 - 78 66 200
freecall
gebührenfrei

Enddarmkrebsbehandlung mit Erhalt des Schließmuskels – Leben mit den Folgen

... unter diesem Motto fand auf Grund der Initiative durch den Vorstand des Förderkreis ILCO e. V. am Samstag, 10. November 2012 ein Patientenforum im Hörsaal des Klinikum der Universität München, Campus Großhadern statt.

Wannsee-Akademie
Fort- und Weiterbildungen

Weiterbildung zum Pflegeexperten Stoma- Inkontinenz- Wunde
09.09.2013 – 20.3.2015

Weiterbildung Pflege in der Intensivmedizin und Anästhesie
04.03.2013 – 29.04.2015

Zusatzqualifikation Qualitätsmanagementbeauftragte(r)
25.11. 2013 – 16.05.2014

Zusatzqualifikation Pain Nurse Pflegeexperte für Schmerzmanagement
18.03. 2013 – 25.10.2013

Zusatzqualifikation Hygienebeauftragte(r) in Pflegeeinrichtungen
11.03.2013 – 27.09.2013

Zusatzqualifikation Palliative Care für Pflegende
10.06.2013 – 24.01.2014

www.wannseeakademie.de
Tel. 030-80686040, Fax 030-80686404
akademie@wannseeschule.de

Herr Professor M. Kreis, ehemals Leiter des Darmkrebszentrums des Klinikums und jetzt Direktor der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie, Charité Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin hatte ein umfassendes Programm für die vielschichtigen Fragestellungen der Betroffenen mit „Funktionsstörungen" organisiert.
Frau M. Haß, Deutsche ILCO e. V. stellte zuerst die Ergebnisse einer Fragebogenuntersuchung zum Thema „Probleme nach Rektumoperation" vor.
Hier wurde, wie auch in den anschließenden Diskussionen der Referenten und teilnehmenden Betroffenen, die Tatsache der vorkommenden „Funktionsstörungen", den notwenigen Informations- und Beratungsbedarf zur Behandlung, zur Ernährung und zur Hilfsmittelversorgung belegt.

Die folgenden Referate von Hr. Professor Kreis und Kollegen zu Nebenwirkungen, der notwendigen Therapie bei Rektumcarcinom, Behandlung bei Stuhlgangsstörungen, postoperativen Blasen- und Sexualfunktionsstörungen ermöglichten den Betroffenen einen fundierten Überblick zu Hintergründen, nötiger Diagnostik und möglichen Therapieoptionen.
Ergänzend hierzu wurde die Möglichkeit

der individuellen Hilfsmittelversorgung, der qualifizierten pflegerischen Beratung und Anleitung u. a. zur analen Irrigation von Frau G. Gruber vorgetragen. Psychoonkologische Unterstützungsangebote: Hierzu wurden vorn Frau A. Beraldi aus der Sicht Klinik und poststationäre Angebote vorgestellt. Hr. Prof. Dr. G. Englert stellt die Möglichkeiten der Unterstützung durch Gleichbetroffene als Aufgabe und Angebot der Deutschen ILCO e. V. vor.
Während und am Ende der Veranstaltung wurde rege vom Angebot „Betroffene fragen – Experten antworten" Gebrauch gemacht. Hier konnten die nahezu 40 Betroffenen auch mit Frau E. Guse, Stomatherapeutin des Klinikums, sprechen und sich über die Beratungsangebote informieren.

Beeindruckend war, dass nicht nur Betroffene aus und um München angereist waren, nein auch aus Regensburg, Stuttgart, Niederbayern und aus dem nahen Österreich kamen Betroffene, um über zu ihren Probleme weitere Informationen zu erhalten oder sich über Lösungsansätze auszutauschen.
Als besonders wichtig in den Diskussionen und Referaten stellte sich immer wieder heraus, dass Information zu den möglichen Funktionsstörungen, den möglichen Interventionen aber auch der Dauer der möglichen Funktionsstörungen (oft bis zu zwei Jahren) noch unzureichende Beratungsangebote vorhanden sind.

Weitere Informationen zu diesem Forum werden in den Medien der FgSKW e. V. veröffentlicht.

Gabriele Gruber
MSc, München

Neu bei FOR LIFE – KontiCur Katheter

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

Überzeugen Sie sich von der Qualität unserer hochwertigen Einmalkatheter zum intermittierenden Katheterismus.

Indikationen:
- Wiederholte akute Harnverhaltung
- Neurogene Blasenentleerungsstörungen
- Querschnittslähmung
- Diagnostische Maßnahmen

Safekath Gel

SafekathPlus

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

25.–26. Januar 2013

Kongress Pflege 2013 – Berlin
Springer-Verlag GmbH, Heidelberg,
Zweigniederlassung der Springer-Verlag GmbH, Berlin
Tiergartenstrasse 17
69121 Heidelberg
Tel.: +49 (0) 6221 487 0
E-Mail: andrea.tauchert@springer.com
www.springer.com

22.–23. Februar 2013

Safe the date
GHD
Fritz-Reuter-Straße 2
22926 Ahrensburg
Tel.: 0 41 02 / 51 67 325
Fax: 0 41 02 / 51 67 721
E-Mail: info@gesundheitsgmbh.de
www.stoma2020.de

7.–9 März 2013

39. Deutscher Koloproktologen-Kongress
München
Congressorganisation
Nürnberg AG
Kongressabteilung DGK 2013
Neuwieder Str. 9
90411 Nürnberg
www.koloproktologie.org

13.–14. März 2013

RuhrCongress Bochum
Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
Hans-Böckler-Allee 7, 30173 Hannover
Tel.: 0511 8550-2413
Fax: 0511 8550-992413
E-Mail: kontakt@caredate.de
www.caredate.de

16. März 2013

6. Freiburger Wundsymposium
Conventus
Congressmanagement & Marketing GmbH
Carl-Pulfrich-Str. 1
07745 Jena
Tel. +49 (0)3641 31 16 281
Fax +49 (0) 3641 31 16 243
wundsymposium2013@conventus.de
www.conventus.de

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

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

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® FgSKW 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. 60 · 12/2012

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

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

Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e.V.
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 – DCCV – e.V.
Bundesgeschäftsstelle:
Inselstraße 1, 10179 Berlin
Tel.: 030/2000392-0
Fax: 030/2000392-87
Internet: http://www.dccv.de

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

Pam Schweitzer,
Errollyn Bruce

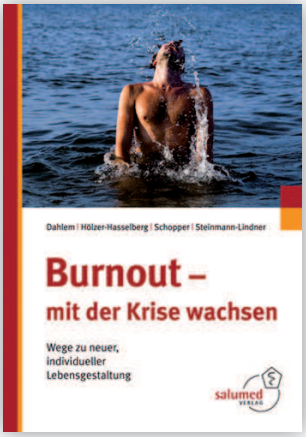
Das Reminiszens-Buch

Praxisleitfaden zur Diagnose und Erinnerungsarbeit mit alten Menschen

Erinnerungen sind von unschätzbarem Wert, wenn es darum geht, das Selbstvertrauen von alten Menschen und Personen mit einer Demenz zu fördern und ihre Identität zu stützen. Dieses Praxishandbuch erklärt, wie kreative Erinnerungsarbeit die Kommunikation stimulieren und bereichern sowie zu positiven Beziehungen zwischen alternden Menschen und ihren Betreuungspersonen beitragen kann.

Die hier beschriebenen fantasievollen Ansätze und das reiche Angebot von Ressourcen für viele verschiedene Situationen basieren auf Ideen, die über zehn Jahre hinweg in mehreren europäischen Ländern entwickelt und getestet worden sind.
Das Buch ist ein nützliches Instrument, um Erinnerungsarbeit mit Gruppen und Einzelpersonen zu planen, zu organisieren und zu strukturieren.
Es beschreibt genau die Aktivitäten, mit denen man in unterschiedlichen Pflegesettings, in der Gemeinde oder im häuslichen Umfeld, die Lebensqualität alternden Menschen und von Menschen mit einer Demenz verbessern kann.

Reminiszenztherapie mit alten Menschen betont, wie wichtig es ist, eine gute Praxis der Biografie- und Erinnerungsarbeit mit einem personzentrierten Ansatz zu verknüpfen.
Der Praxisleitfaden ist ein unentbehrlicher Ratgeber für Fachpersonen und pflegende Angehörige.



Hilmar Dahlem,
Renate Hölzer-Hasselberg,
Solveig Steinmann-Lindner,
Christian Schopper

Burnout – mit der Krise wachsen

Wege zu neuer, individueller Lebensgestaltung

Der Ratgeber bietet Hintergrundwissen und praktische Hilfe bei Erschöpfung und Burnout. Im Zentrum stehen die persönlichen Geschichten von Menschen in drei verschiedenen Phasen des Burnouts: Sie haben Einstellungen und Strategien zur Prävention entwickelt, befinden sich mitten im Burnout oder haben ein Burnout bewältigt und neue Wege eingeschlagen. In der Biografie veranlagte Muster, deren Fallstricke und Psychodynamik, aber auch lebensverändernde Perspektiven werden so aufgezeigt. Analysen und weiterführende Informationen helfen bei der Beurteilung der eigenen Situation, sensibilisieren für Gefahren und ermöglichen ein tieferes Verständnis von Burnout als Zeitphänomen des 20. und 21. Jahrhunderts. Der Ratgeber verdeutlicht darüber hinaus, wie Burnout als Chance für einen Neuanfang genutzt werden kann. Ratsuchende erhalten Informationen, Reflexionen und Einschätzungskriterien. Sie erfahren, wo sie Hilfe finden, und bekommen konkrete Handlungsmöglichkeiten in Form von alltagstauglichen Übungen und lebenspraktischen Hinweisen an die Hand. Das zugrunde liegende anthroposophische Menschenbild gewährleistet dabei eine Betrachtung des ganzen Menschen, die zur grundlegenden biografischen Besinnung aufruft und echte Entwicklungsmöglichkeiten offenbart.

Fröse, Sonja

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.

HIER könnte auch IHR Buchbeitrag veröffentlicht werden.

Bei Interesse fordern Sie doch bitte unsere aktuellen Daten an unter:

info@fgskw.org

Hans Lippert

Wundatlas

Kompendium der komplexen Wundbehandlung

Mehr Sicherheit und weniger Komplikationen bei Wundversorgung und Wundheilung

Selbst bei kleinen Wunden können Infektionen und Wundheilungsstörungen schnell zu langwierigen Problemen führen. Der Verlust an Lebensqualität durch chronische Wunden sowie hohe Kosten durch eine inadäquate Behandlung sind erheblich. Dieser reich bebilderte und großformatige Wundatlas für die tägliche Praxis bietet praktische Behandlungsstrategien für eine optimierte Lokaltherapie basierend auf den aktuellsten wissenschaftlichen Entwicklungen.

Das "Bilderbuch" der Wundversorgung

- Praktische Behandlungsstrategien für die Versorgung von einfachen und komplexen, akuten und chronischen, infizierten und blanden Wunden
- Das "Bilderbuch" der Wundversorgung: über 800 aussagekräftige Fotos und Abbildungen
- Alle Methoden extrem anschaulich aufbereitet mit Tabellen und Übersichten
- Praktische Tipps, Tricks und gezielte Hinweise auf Fehler- und Gefahrenquellen
- Maximal instruktiv: Arbeitsschritte werden an Fallbeispielen erläutert und durch zahlreiche Bilder illustriert - profitieren Sie von den Erfahrungen ausgewiesener Spezialisten in der Wundversorgung

Neu in der 3. Auflage

- Medikamentös induzierte Wunden
- Sternumosteomyelitis
- Enterokutane Fisteln
- Offenes Abdomen
- Wunden der Hand
- Prophylaxe und Therapie von Narben
- Expertenstandard Wundpflege
- Jetzt auf dem aktuellsten Stand: Akutversorgung, Diagnostik in der Wundheilung, Therapie und Prophylaxe von Infektionen, Diabetisches Fußsyndrom, Wundauflagen, Verbrennungswunden, Schuss- und Explosionsverletzungen

Nutzen Sie das Potenzial von rationalen und konsequenten Therapiestrategien in der Wundversorgung für bessere Ergebnisse und Kostensenkung.

PubliCare
Meine-HomeCare.de

Zur Erweiterung unseres Teams suchen wir im Saarland/Großraum Saarbrücken eine

Examinierte Pflegekraft (m/w)
im Außendienst

Ihre Aufgaben
- Kompetente Beratung, Betreuung, Versorgung unserer Patienten
- Pflege und Ausbau von Kontakten und Geschäftsbeziehungen

Ihr Profil
- Abgeschlossene Ausbildung zur/zum Gesundheits- und Krankenpfleger/in bzw. zur Krankenschwester / zum Krankenpfleger
- Berufserfahrung in den Bereichen Stoma-, Kontinenz- und Wundversorgung
- Idealerweise Weiterbildung zur/zum Enterostomatherapeuten/-in bzw. zur/zum Pflegeexperten/-in Stoma-, Inkontinenz und Wunde
- Einschlägige Berufserfahrung von Vorteil, aber nicht zwingend
- Selbständige Arbeitsweise und Organisationstalent
- Freundliches, gepflegtes Auftreten
- Hohe Teamorientierung

Es erwartet Sie eine interessante Tätigkeit, eine intensive Einarbeitung sowie regelmäßige Fortbildungen und eine langfristige berufliche Perspektive. Zu unserem attraktiven Gehaltspaket gehört ein Firmenwagen, den Sie auch privat nutzen können.

Wir hoffen, wir haben Sie neugierig gemacht und freuen uns auf Ihre Bewerbungs-unterlagen. Bitte richten Sie diese, bevorzugt per Mail, an folgende Adresse:

bewerbung@publicare-gmbh.de

Weitere Stellenangebote finden Sie auf unserer Internetseite
www.publicare-gmbh.de
PubliCare GmbH
Personalabteilung
Am Wassermann 20-22
50829 Köln
Tel.: 0221-709049758

Die PubliCare GmbH ist eines der erfolgreichsten Homecare Unternehmen im deutsch-sprachigen Raum. Wir verfügen über langjährige Erfahrung in der Betreuung, Beratung und Versorgung von Betroffenen mit medizinischen Hilfsmitteln aus den Bereichen Stoma-, Kontinenz- und Wundversorgung. Regelmäßige Zufriedenheitsbefragungen bestätigen, dass unsere Kunden sich von uns zuverlässig, kompetent und menschlich beraten, unterstützt und versorgt fühlen.
Neben der guten Qualität unserer Produkte, sind es aber vor allem unsere über 300 gut geschulten Mitarbeiter, die unseren Erfolg ausmachen.
Wir sind überzeugt davon, dass nur Mitarbeiter, denen der Arbeitgeber Wertschätzung und Aufmerksamkeit entgegen bringt, den Einsatz und die sehr gute Leistung erbringen, die unsere Kunden, Geschäftspartner und wir von ihnen erwarten. PubliCare tut deshalb viel dafür, dass sich unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei uns wohl fühlen – mit Erfolg!

Bildungszentrum Ruhr

Institut für Bildung und Management im Gesundheitswesen

Weiterbildung zum Pflegeexperten
Stoma • Inkontinenz • Wunde
Start: Februar 2014

inkl. Basisseminar Wundexperte ICW und Schmerzmanagement

In Kooperation mit der FgSKW Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde e.V. soll die Weiterbildung Pflegende in der Beratung und Betreuung von Menschen mit Kontinenzstörungen, künstlichen Stuhl- und Harnableitungen sowie speziellen Wundversorgungen qualifizieren.
Ein besonderer Akzent liegt auf der Stärkung der Kommunikations- und Beratungskompetenz.

Informieren Sie sich unter
www.bildungszentrum-ruhr.de

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

PubliCare
Meine-HomeCare.de

Zur Erweiterung unseres Teams suchen wir in BaWü /Großraum Stuttgart, Karlsruhe eine

Stellvertretende Teamleitung im Außendienst

Examinierte Pflegekraft (m/w) / Gesundheits- und Krankenpfleger/in / Krankenschwester/Krankenpfleger

Ihre Aufgaben

- die kompetente, respektvolle und zuverlässige Versorgung unserer Patienten
- die Neukundenakquise und Pflege bestehender Geschäftsbeziehungen
- die Kontrolle und Aufbereitung von Vertriebskennzahlen sowie
- die Vertretung der Teamleiterin

Ihr Profil

- Abgeschlossene Ausbildung zur/zum Gesundheits- und Krankenpfleger/in bzw. zur Krankenschwester / zum Krankenpfleger
- Berufserfahrung in den Bereichen Stoma-, Kontinenz- und Wundversorgung
- Idealerweise Weiterbildung zur/zum Enterostomatherapeuten/-in bzw. zur/zum Pflegeexperten/-in Stoma-, Inkontinenz und Wunde
- Einschlägige Berufserfahrung von Vorteil, aber nicht zwingend
- Selbständige Arbeitsweise und Organisationstalent
- Freundliches, gepflegtes Auftreten
- Hohe Teamorientierung

Es erwartet Sie eine interessante Tätigkeit, eine intensive Einarbeitung sowie regelmäßige Fortbildungen und eine langfristige berufliche Perspektive. Zu unserem attraktiven Gehaltspaket gehört u.a. ein Firmenwagen, den Sie auch privat nutzen können.

Wir haben Sie neugierig gemacht? Dann freuen wir uns auf Ihre Bewerbungsunterlagen, die Sie bitte – bevorzugt per Mail – an folgende Adresse richten:

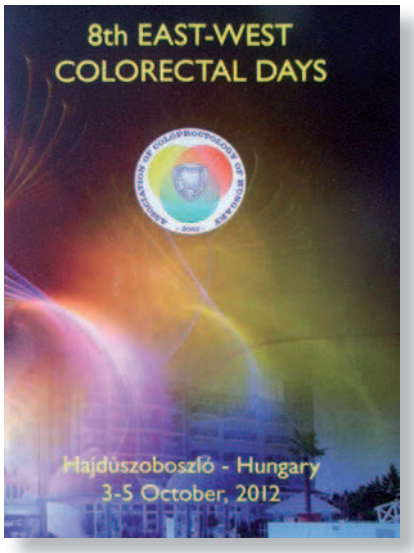
bewerbung@publicare-gmbh.de

Weitere Stellenangebote finden Sie auf unserer Internetseite
www.publicare-gmbh.de
PubliCare GmbH
Personalabteilung
Am Wassermann 20-22
50829 Köln
Tel.: 0221-709049758

Die PubliCare GmbH ist eines der erfolgreichsten Homecare Unternehmen im deutsch-sprachigen Raum. Wir verfügen über langjährige Erfahrung in der Betreuung, Beratung und Versorgung von Betroffenen mit medizinischen Hilfsmitteln aus den Bereichen Stoma-, Kontinenz- und Wundversorgung. Regelmäßige Zufriedenheitsbefragungen bestätigen, dass unsere Kunden sich von uns zuverlässig, kompetent und menschlich beraten, unterstützt und versorgt fühlen.
Neben der guten Qualität unserer Produkte, sind es aber vor allem unsere über 300 gut geschulten Mitarbeiter, die unseren Erfolg ausmachen.
Wir sind überzeugt davon, dass nur Mitarbeiter, denen der Arbeitgeber Wertschätzung und Aufmerksamkeit entgegen bringt, den Einsatz und die sehr gute Leistung erbringen, die unsere Kunden, Geschäftspartner und wir von ihnen erwarten. PubliCare tut deshalb viel dafür, dass sich unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei uns wohl fühlen – mit Erfolg!

8th EAST-WEST COLORECTAL DAYS in Hajduszoboszlo, Ungarn

Hans-Jürgen Markus wurde als Sprecher zum Thema: "Die Wichtigkeit von Leitlinien bei der Versorgung von ambulanten Patienten" eingeladen.



Bei der Präsentation ging es um die momentane Versorgung der Stomapatienten in Deutschland nach dem Pauschalsystem und den Verträgen §127 Abs. 2.
Kernpunkt ist die Frage: Wer definiert den Standardbedarf eines Patienten bei einem gedeckelten Vergütungssystem? In Ungarn gibt es eine Krankenkasse, in Deutschland zurzeit ca. 140! Es war für die Anwesenden schwer zu verstehen, dass es in Deutschland Patienten gibt, die zur Versorgung einer Ileostomie Minibeutel einsetzen, oder dass über andere Mengenbegrenzungen gestritten wird. Dort werden die Versorgungen von der Krankenkasse vorgegeben.

Dr. Ivan Bartha, Präsident der Vereinigung der Coloproctologie in Ungarn, hatte neben den ärztlichen Vorträgen auch am Freitag für das Pflegepersonal entsprechende Präsentationen vorbereitet.
Gastredner aus den USA, Großbritannien, Frankreich, der Schweiz, Slowenien und Deutschland rundeten das Programm ab, das vom 3.10 bis zum 5. 10. im Hotel Silver in Hajduszoboszlo, etwa 250 km von Budapest entfernt, stattfand.
165 Gäste, 40 Personen als Austeller und 9 eingeladene Sprecher nahmen an der Veranstaltung teil.
Der medizinische Teil beschäftigte sich mit neuen Operationstechniken, wie zum Beispiel der Amputation des Steißbeines bei Tumorbefall oder der kontinenten Ileostomie.
Im pflegerischen Teil am Freitag wurden die Veränderungen in Ungarn zum Thema Pflegedokumentation, Fachausbildung „Learn from each other", die Situation der Stomatherapie in Slowenien und eben auch die Abläufe der Vergütung in Deutschland besprochen.

Hans- Jürgen Markus

Wirtschaftliche Versorgung bedeutet

- mehr Lebensqualität
- sinnvoller Produkteinsatz
- angemessene Kosten

Daraus resultiert der Qualitätsanspruch an unsere Mitarbeiter

- über 50% unserer Mitarbeiter sind ausgebildete Enterostomatherapeuten
- über 50% unserer Mitarbeiter sind Wundexperten nach ICW
- KCM steht für Qualität in der Patientenversorgung

Wir beraten Sie gern zu diesen Themen
Unsere kostenlose Servicenummer
0800-895 8950
info@kcm-versorgt-sie.de

KCM versorgt Sie

Produkte und Dienstleistungen für mehr Lebensqualität

Unser Leistungsspektrum

- enterale Ernährung
- Stomaversorgung
- ableitende Inkontinenzversorgung
- Selbstkatheterismus
- Tracheostomieversorgung
- modernes Wundmanagement

Qualität und Kosten müssen kein Widerspruch sein!

Erster Kursabschluß der Weiterbildung zum Pflegeexperten SIW an der Matthias-Akademie in Rheine

Marit Sobbe und Grit Sanderbrand nahmen heute als erste Absolventen der Weiterbildung zum Pflegeexperten Stoma, Inkontinenz und Wunde an der Matthias-Akademie im westfälischen Rheine die Glückwünsche zur bestandenen Abschlussprüfung ihrer Weiterbildungsmassnahme erleichtert und freudestrahlend entgegen.

Als erste Absolventen der, nach der Weiterbildungs- und Prüfungsordnung der FgSKW e.V., modularisiert durchgeführten Weiterbildung, haben sie alle Einzelmodule erarbeitet und dürfen sich nun mit Recht als Pflegeexperten Stoma, Inkontinenz und Wunde bezeichnen.

Leider haben nur zwei der Kursteilnehmer das vollständige Kursangebot absolviert. Aus verschiedenen Gründen haben die Kursteilnehmer, die mit den beiden Absolventinnen im Jahre 2010 gestartet sind, diese komplette Weiterbildungsmassnahme zu ihrem Bedauern nicht vollenden können.

Dennoch hat sich mit diesem Abschluß an der Matthias-Akademie in Rheine bestätigt, dass die modularisierte Weiterbildungsform - wie in vielen anderen Kursangeboten ebenfalls - auch für die Weiterbildung zum Pflegeexperten SIW praktikabel ist.

Andreas Holtmann kann als Kursleiter dieses Pilotkurses auf vielerlei Erfahrungen mit diesem modularisierten Kursangebot zurückblicken und wird diese in die laufenden Weiterbildungskurse selbstverständlich einfließen lassen.
Olaf Hagedorn war für einen großen Teil des fachlichen Unterrichts verantwortlich und insofern natürlich auch Mitglied der Prüfungskommission. Werner Droste hat als Vorsitzender der Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde ebenfalls als Mitglied der Prüfungskommission mitwirken dürfen und konnte sich hier noch einmal von der hohen Qualität der erbrachten Leistungen persönlich überzeugen.

Es bleibt zu hoffen, dass auch zukünftig das Kursangebot an der Matthias-Akademie in Rheine so gefragt bleibt und zukünftig möglichst viele weitere Absolventen hier zu beglückwünschen sind. Den heutigen Absolventinnen Marit Sobbe und Grit Sanderbrand wünschen wir alles Gute für ihren beruflichen Lebensweg und viel Erfolg in der Umsetzung Ihrer persönlichen Wünsche und Ziele.

Werner Droste

Bilder: FgSKW, Diakonisches Institut

Diakonisches Institut
für Soziale Berufe

Abschluss der Weiterbildung Stoma, Kontinenz und Wunde am Diakonischen Institut in Dornstadt

Am 8. November 2012 luden die Teilnehmer und Teilnehmerinnen der Weiterbildung Stoma, Kontinenz und Wunde zu der Präsentation der Abschlussarbeiten nach Dornstadt ein. Es waren Gäste anwesend aus dem persönlichen Arbeitsumfeld der TeilnehmerInnen, von den Herstellerfirmen und den Verbänden, sowie die Dozenten der Weiterbildung.

Es war eine große Herausforderung für die "frisch gebackenen" Pflegeexperten ihre Facharbeiten in der Kürze der Zeit zusammenzufassen und interessant zu präsentieren.
Die Gäste konnten viele spannende Vorträge hören zu den Themenbereichen Stomaversorgung, Kontinenzförderung und Wundversorgung.

Wir wünschen den Absolventinnen und Absolventen alles Gute zu Ihrem Abschluss, viele positive Erfahrungen mit der neu erworbenen Qualifikation und die Ruhe und Muse, sich wieder um das persönliche Umfeld sowie Hobbies kümmern zu können.

Teilnehmer und Teilnehmerinnen:
Kuster Hanna
Schinhammer Ronny
Scherer Rita
Kleefeld Alexander
Heilscher Martin
Mannes Erika
Simmerlein Birgit
Schott Heike
Kölling Judith
Schaub Sybille
Hübner Tina
Sahr Erika
Göppel Sonja
Proisl Natalie
Walosik Sabrina
Karcher Natalie
Rimac Ruzica
Nirschl Brigitte
Berner Gudrun
Leist Anja
Schnitter Anja
Fiedler Annett
Imboden Layla
Bühler Carmen
Formacek Christoph
Gaßler Kathrin
Stiehl Irene

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

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

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

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

B BRAUN
SHARING EXPERTISE

Jetzt neu: Prontosan Wound Gel X auch in einer 50-g-Tube

Melsungen. Mit Prontosan Woundgel X hat B. Braun ein Hydrogel zur Befeuchtung und Reinigung von akuten und chronischen Wunden sowie Verbrennungen erfolgreich eingeführt.

Nun steht Prontosan Woundgel X, das Wundbeläge löst und verhindern kann, dass sich unerwünschte Biofilme auf der Wunde bilden, auch in einer praktischen 50-g-Tube für kleinere Wundflächen zur Verfügung.

Prontosan Woundgel X hat ein breites Einsatzgebiet: Es reicht von thermischen Wunden über akute Wunden wie Transplantations-Spendeareale und Hautabschürfungen bis hin zu palliativen und chronischen Wunden wie Dekubitus, Ulcus cruris und diabetischen Fußulcera. Das enthaltene Betain-Tensid begünstigt aufgrund seiner physikochemischen Eigenschaften das Lösen von Wundbelägen, Polihexanid unterstützt mit seinen antimikrobiellen Eigenschaften zudem den Reinigungs- und Heilungs-prozess. Außerdem zeichnet es sich durch eine hohe Gewebeverträglichkeit aus.

Die hohe Viskosität von Prontosan Wound Gel X ermöglicht eine einfache Verteilung auf flächigen Wunden, ohne dass das Gel herunterläuft. Entsprechend wird die Gefahr einer möglichen Keimverschleppung herabgesetzt. Das Auftragen des Gels wird in der Regel als schmerzlindernd empfunden.

Das verordnungsfähige Prontosan Woundgel X ist steril und nach Anbruch acht Wochen haltbar. Es eignet sich für den wiederholten und langfristigen Gebrauch und ist in Tuben zu 50 und 250 Gramm erhältlich.

Prontosan Woundgel X ergänzt die Produktpalette aus der Askina- und Prontosan-Produktfamilie zur Versorgung akuter und chronischer Wunden.

Weitere Infos unter
www.wundheilung.bbraun.de

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

Informationen zu B. Braun finden Sie unter www.bbraun.de

eakin®

Neu von Eakin:

„Flexi-konvex", die Konvexität, die sich anpaßt:

Konvexe Stomabeutel für Erwachsene

Das bewährte, extrem hautfreundliche Eakin Cohesive® Hautschutzmaterial steht nun auch auf konvexen Stomabeuteln für Ileo-, Kolo- und Urostomie zur Verfügung, wenn das Stoma unter oder auf Hautniveau liegt.

Das besondere hierbei ist die flexible Konvexität, die das Risiko von Druckstellen reduziert und sogar in tiefen Bauchfalten platziert werden kann!

Durch die sanfte Konvexität auch bei überhängenden Bauchdecken und schon in der post-OP-Phase geeignet. Die Beutel verfügen über eine Gürtelhalterung und es gibt sie in ausschneidbaren und vorgestanzten Varianten. Ein Sichtfenster im Vlies auf der Beutelvorderseite erleichtert das Anbringen und erlaubt die Inspektion von Stoma und Ausscheidung, ohne den Beutel abnehmen zu müssen.

Fragen, Infos und Muster können Sie kostenlos und unverbindlich telefonisch anfordern:
Tel. 0800 – 22 440 22 (gebührenfrei).

HIER
könnte auch
IHR Beitrag im
"Schaufenster"
veröffentlicht werden.

Bei Interesse
fordern Sie doch bitte
unsere aktuellen
Media-Daten an unter:

info@fgskw.org

FgSKW
Fachgesellschaft
Stoma, Kontinenz und Wunde e.V.

Bilder: Hersteller

Übernahme ConvaTec hat Trio Healthcare International übernommen

Skillmann, New Jersey, 1. Juni 2012 ConvaTec, ein weltweit führender Entwickler und Anbieter innovativer Medizintechnologien für die ambulante und stationäre Versorgung, hat Trio Healthcare International Limited übernommen.
Zu den Produkten von Trio Healthcare International, die nun zum Produktportfolio für Stomapflege von ConvaTec hinzugefügt werden, gehören **Niltac™-Pflasterentferner** und **Silesse™-reizfreier Hautschutz**, die beide auf der Silikontechnologie des Unternehmens beruhen, ebenso wie die **Diamonds™-Gelierungssachets mit ActiveOne™** (zur Eindickung und Geruchskontrolle).
„Die Produktpalette von Trio Healthcare International erweitert unser Zubehör-Portfolio für die Stomaversorgung und bietet fortschrittliche Lösungen für erhöhte Sicherheit, mehr Komfort und Diskretion", erklärt Jorgen Hansen, Senior Vice President für weltweites Marketing, Geschäftsentwicklung und Innovation bei ConvaTec. Die Produkte von Trio Healthcare International sind derzeit in über 20 Ländern weltweit erhältlich und werden im Rahmen des erweiterten ConvaTec-Portfolios an Zubehör für die Stomaversorgung bald auf vielen weiteren Märkten vertrieben werden. Bestehende Kunden können die Produkte in Deutschland, Österreich und der Schweiz weiterhin bei dem bekannten Anbieter PubliCare beziehen oder direkt bei ConvaTec.

www.convatec.com

Gut gestützt

Suportx Hernienstütz-bandage für Stomapatienten

Köln, 29. November 2012. Die PubliCare GmbH erweiterte ihre breite Palette an bedarfsgerechten Hilfsmitteln exklusiv um die neue, patentierte Suportx Hernienstützbandage „Easy Peel" für Stomaträger vor gut einem Jahr.
Als deutschlandweit tätiger Homecare-Experte für die Bereiche Stoma, Kontinenz und Wunde ist das Kölner Unternehmen ständig bestrebt, sein umfassendes Produkt-Sortiment zielgerecht zu erweitern.

Trotz eines künstlichen Darmausgangs ein selbstbewusstes Leben ohne Einschränkungen führen:
Das ist der Wunsch vieler Betroffener. Als führendes Homecare-Unternehmen in Deutschland weiß die PubliCare GmbH um die Bedürfnisse ihrer Patienten und berücksichtigt dies selbstverständlich auch bei der gezielten Erweiterung ihres Hilfsmittel-Sortiments. Wie mit der Suportx Hernienstützbandage „Easy Peel", die die Nachsorgespezialisten für Stoma-patienten seit mehr als einem Jahr exklusiv für den deutschen Markt anbieten.

Die Bandage zeichnet sich durch einen hohen Tragekomfort aus und ist dank eines raffinierten Klettverschlusssystems kinderleicht zu öffnen und zu schließen. Mit nur wenigen Handgriffen lässt sich die Länge des Easy Peels auf den Bauchumfang des Patienten einstellen, so dass sie auch einem Stomabeutel Halt gibt – ohne den Träger in seinen Bewegungen einzuengen.
Möglich macht dies ein spezielles elastisches Material, dass den Druck gleichmäßig über die gesamte Bandage verteilt. Sportliche Aktivitäten oder beispielsweise abwechslungsreiche Gartenarbeit sind mit Easy Peel somit auch über eine längere Zeit kein Problem.

Besonderes Plus:
Die Betroffenen können die Bandagen auf Wunsch nach ihren individuellen Bedürfnissen maßanfertigen lassen, wodurch sich die Stützfunktion des Easy Peel zusätzlich verstärkt und mehr Bewegungsfreiheit ermöglicht – und das ohne Einschränkungen.

www.publicare-gmbh.de

Die nächste Ausgabe Ihrer

MagSi® Magazin

Stoma · Kontinenz · Wunde

erscheint im April 2013

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

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

Redaktion + Autorenbeiträge
Brigitte Sachsenmaier
Ziegelstraße 42, 73084 Salach
Fax: (07162) 46 04 56
E-Mail: redaktion@fgskw.org

Gestaltung
Spectra – Design & Verlag
Eichenstraße 8
73037 Göppingen
Tel.: (07161) 78 9 25
Fax: (07161) 13 7 80
E-Mail: info@spectra-design.de

Druck
HEWEA-Druck GmbH
Haldenstraße 15, 45966 Gladbeck
Tel.: (0 20 43) 4 60 06
Fax: (0 20 43) 47 4 34
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) 25 92/973 141
Fax: +49 (0) 25 92/973 142
E-Mail: sekretariat@fgskw.org
Internet: www.fgskw.org

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

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

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

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

Bankverbindung
Sparkasse Hildesheim
(BLZ 25950130) Kto. 10003466
IBAN DE41 2595 0130 0010 0034 66
SWIFT-BIC: NOLA DE 21HIK

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

Namentlich gekennzeichnete Beiträge 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: © Mitarart - Fotolia.com

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

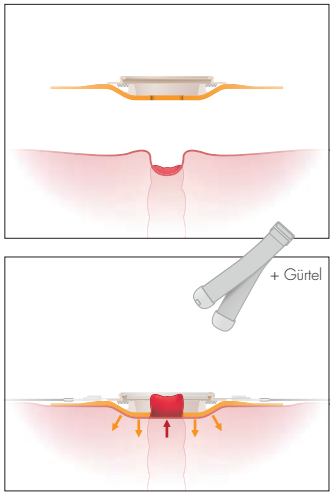
Dansac NovaLife Convex

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



NOVALIFE

www.dansac.de

dansac

Stomacare

Bandagen für Stomaträger

HMV Pos.-Nr.: 05.11.03.2008

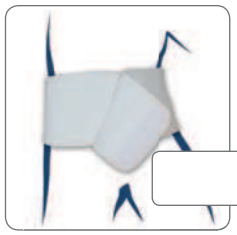
Die Stoma**care**-Bandagen werden insbesondere zur postoperativen Unterstützung der Bauchwand und zur Vermeidung einer Hernie – hervorgerufen u.a. durch hohe körperliche Aktivität (Sport, Gartenarbeit etc.) – eingesetzt. Abgestimmt auf die individuellen Bedürfnisse stehen unterschiedliche Stoma**care**-Bandagen-Modelle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

Indikationen

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

EasyOpener

Standard-Fertigfabrikat



Irrigation

Bandagen-Zubehör

Stoma**care**-Protector

Der Protector bietet zusätzlichen Schutz vor Druck und unbeabsichtigten Krafteinwirkungen auf das Stoma. Beim Autofahren kann das durch den Gurt verursachte Druckgefühl verhindert werden.

Stoma**care**-Beuteltasche

Komfort und Sicherheit bietet die Beuteltasche. Sie nimmt den Stomabeutel auf und gibt ihm sicheren Halt – insbesondere bei körperlicher Aktivität.

Protector

Beuteltasche

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