

MagSi[®]

MAGAZIN



STOMA
KONTINENZ
WUNDE

Das Thema

Behandlung eines
Kurzdarmsyndroms
bei Erwachsenen

Aktuell

Über mich,
meine Krankheit,
und die Kängurufreunde!

Weiterbildung Aktuell

Erste WCET Recognition
durch FgSKW in
Deutschland durchgeführt



Stomahesive® Hautschutzringe

Für Ihre individuellen Ansprüche!

- können **gedehnt, gerollt, modelliert** oder für **Konvexität übereinander geschichtet** werden.
- passen sich den **Bedürfnissen** eines jeden Patienten an.
- sind **zuschneidbar**, können auseinander gerissen und wieder **verbunden** werden.
- können zusammen mit **Stomahesive® Hautschutzpaste** und **Stomahesive® Adhäsivpulver** verwendet werden.
- **dehnen** sich genau im **richtigen Umfang**.
- enthalten **keinen Alkohol** und **trocknen nicht aus**.
- sind in **3 Größen** erhältlich.



Anwendungsgebiete:



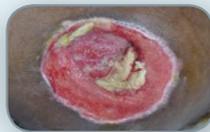
Hautschutzring für Stoma- oder Fistelversorgung



Füller bei Hautunebenheiten zum Anbringen der Stomaversorgung



Extraschicht, um eine leichte bis mittlere Konvexität zu erzeugen



Wundrandschutz



Zusätzlicher Schutz unter Fistel- und Wunddrainagebeuteln



**Starker Schutz.
Sanft zur Haut.**

ConvaTec (Germany) GmbH
Radlkofersstraße 2
81373 München
www.convatec.de

Kostenfreie Kundenberatung:
0800 78 66 200 (gebührenfrei)


ConvaTec



Ausblick

Liebe Leserinnen und Leser,

haben Sie nicht auch manchmal das Gefühl in einem Hamsterrad zu laufen. Sie mühen sich ab, strampeln wie verrückt und kommen doch nie zum Ziel. Die Arbeitswelt ist komplexer geworden. Es muss immer mehr in immer kürzerer Zeit bewältigt werden. Wie wichtig wäre es da, in unserer Freizeit die entsprechende Ruhe und Gelassenheit zu finden. Doch auch da packen wir den Tag voll und meinen alles abarbeiten zu müssen.

Der Frühling hält gerade Einzug und es ist, wie jedes Jahr ein Wunder der Natur. Wir wissen ganz sicher, dass er kommen wird und wir wissen auch ganz sicher, dass er wieder gehen wird. Die Jahreszeiten, die Zeiten, die Tage und die Abende – wir können sie weder herbeizaubern, noch aufhalten. Und doch mühen wir uns ab, wie wenn wir alles gestalten und beeinflussen könnten. Wir bauen mit dem letzten Rest Schnee einen Schneemann und schmücken ihn und wissen doch, dass er in den nächsten Tagen zerschmelzen wird. Manchmal wäre es einfach wichtig, Gegebenheiten hinzunehmen, nicht alles beeinflussen zu wollen, nicht alles bewerten zu wollen, nicht alles zu unseren Gusten gestalten zu wollen. Sowohl die schönen Tage vergehen, wie auch die weniger Schönen.

Wir wünschen Ihnen viel Gelassenheit, manche Dinge einfach geschehen zu lassen, Dinge laufen zu lassen, denn vieles passiert und geht auch wieder ohne unser Zutun.

In diesem Sinne wünschen wir Ihnen einen schönen Frühling und natürlich viel Freude beim Lesen der neuen MagSi®.

Ihr Redaktionsteam

Das Thema

- 4 Pflegerische Interventionen zur Prävention parastomaler Hernien
- 8 Behandlung eines Kurzdarmsyndroms bei Erwachsenen
- 14 Moderne zielgerichtete Therapien in der Onkologie
- 18 Kutane Nebenwirkungen – parastomale Hautveränderungen unter modernen zielgerichteten Therapien in der Onkologie
- 21 Das Inspektionsstoma
- 24 Neue DBfK-Broschüre: Generalistische Ausbildung in der Pflege

Aktuell

- 26 "Stoma in Balance"
- 28 Über mich, meine Krankheit, und die Kängurufreunde!
- 30 Erstzertifizierungsveranstaltung der FgSKW e. V. in München oder das Woodstock der Stomatherapie

Fachgesellschaft Aktuell

- 32 Termine/Kongresse
- 33 Kooperationspartner/Mitgliedsverbände

Buch-Tipp

- 35 Interessante Literatur

Weiterbildung Aktuell

- 36 Weiterbildungsabschluss an der DAA in Kassel im Dezember 2013
- 37 Erste WCET Recognition durch FgSKW in Deutschland durchgeführt
- 38 Zum guten Schluss ...

Schaufenster

- 40 Neuigkeiten bei Produkten und Dienstleistungen

Impressum

- 42 Impressum/Vorschau nächste Ausgabe

Herausgeber



Kooperationspartner



Pflegerische Interventionen zur Prävention parastomaler Hernien

Einleitung

Für viele Stomaträger ist die Entwicklung einer parastomalen Hernie eine Komplikation, die ihre Versorgungsrealität und damit ihren Lebensalltag mehr oder weniger stark beeinflusst. Dabei gewinnt die Prävention, die Beratung und die Anleitung von Betroffenen und deren Angehörigen durch Pflegeexperten Stoma, Kontinenz und Wunde sowie die Förderung der Selbstpflegekompetenz der betroffenen Menschen immer mehr an Bedeutung. Das Ziel dieses Artikels ist unter anderem die Sensibilisierung der Pflegefachkräfte für die Bedeutung der parastomalen Hernie als Komplikation nach einer Stomaanlage und die Darstellung der potenziellen Reduzierung der parastomalen Hernie durch präventive pflegerische Beratung.

Die parastomale Hernie – von der Entstehung bis zur pflegerischen Versorgung

Die parastomale Hernie gehört zu den häufigsten Spätkomplikationen nach einer Stomaanlage. Schätzungsweise leiden in Deutschland 30% bis 60% der Menschen mit einem Stoma an einer parastomalen Hernie. Je nach Ausmaß der Hernie und möglicher weiterer Komplikationen im Zusammenhang mit einer parastomalen Hernie ist der Leidensdruck der betroffenen Menschen mehr oder weniger stark ausgeprägt. Die Kosten für die Korrektur einer parastomalen Hernie sind enorm und betragen ca. 6.500 Euro pro Reparatur. Zudem ist die parastomale Hernie u. a. aufgrund der hohen Komplikationsrate mit außerordentlich großen Problemen bei der operativen Reparatur behaftet (Vgl. Boelker 2003, S. 65).

Definition



Abb. 1 Parastomale Hernie

„Parastomale Hernien sind Eingeweidebrüche, die sich neben (griech. para) einem künstlichen Darmausgang (Stoma) ausbilden“ (<https://www.herniamed.de>).

Sie machen sich durch eine Vorwölbung der Bauchdecke bemerkbar, die die Größe eines Pingpongballs bis zu einem Fußball einnehmen kann (Vgl. Esch 2005, S. 114). Sie besteht im Wesentlichen aus Bruchsack, Bruchpforte und Bruchinhalt. Die parastomale Hernie ist eine erworbene, äußere Hernie die nach ihrer Lokalisation benannt wurde. Die Diagnostik erfolgt durch die klinische Untersuchung, Ultraschall und ggf. CT.

Eine mögliche Komplikation jeder Hernie ist die Inkarzeration, bei der der Bruchinhalt in der Bruchpforte stranguliert wird.

Dabei kann es zur Unterbrechung der Stuhlpassage kommen, bis hin zur Ischämie der Darmwand (Vgl. Menche 2007, S. 833 - 834).

Ursachen

Die Ursachen parastomaler Hernien können sein: starke Gewichtszunahme, Bindegewebsschwäche, Überbeanspruchung der Bauchmuskulatur durch z. B. schweres Heben über 10 kg, eine Erhöhung des intraabdominellen Druckes u. a. durch chronischen Husten, spezielle Hobbys wie z. B. Trompete spielen, Rauchen, COPD, Obstipation, Fehlpositionierung außerhalb des Musculus rectus abdominis, Anlage des Stomas in der Laparatomienarbe, eine zu große Durchtrittspforte durch die Bauchdecke, Wundinfektionen, Alter und Immunsuppression. (Vgl. Esch 2005, S. 114) „Der einzige unabhängige

Risikofaktor ist der Bauchumfang. Ist dieser größer als 100 cm, steigt das Risiko einer para-stomalen Hernie auf 75 % (Ihrke 2012, S. 33). Grundsätzlich kann man sagen, dass Menschen mit trainierten Bauchmuskeln nicht so gefährdet sind, wie Menschen mit untrainierten Bauchmuskeln.

Therapie

Die Therapie der parastomalen Hernie ist eine operative Korrektur, die sich zu einem großen operativen Eingriff ausweiten kann. „Sie beinhaltet die Neuanlage des Stomas mit Netzeinlage oder eine lokale Faszienreparatur mit Netzeinlage“ (Ihrke 2012, S. 33). Die Indikationen zur operativen Korrektur sind die Größe der Hernie und die damit verbundenen Schwierigkeiten der Stomaversorgung sowie Inkarzeration, Schmerzen und ein Ileus. Eine kleine, nicht behindernde Hernie, die eine gute Versorgung des Stomas zulässt, bedarf keiner operativen Korrektur, auch vor dem Hintergrund, dass bei solchen Korrekturen in der Mehrzahl der Fälle Rezidive auftreten. Wichtig ist, dass die Betroffenen darüber informiert sind, dass sich so ein Bruch einklemmen kann und dass bei Beschwerden wie z. B. Schmerzen sofort der Arzt aufgesucht werden muss.



Abb. 2 Stomabandage

Eine konservative Maßnahme bei parastomalen Hernien ist das Tragen einer Leibbinde mit Aussparung für den Stomabeutel, entweder maßgefertigt oder industriell vorgefertigt. Wichtig ist dabei nur, dass diese Leibbinden dem Patienten angepasst und tragbar sind, damit sie auch getragen werden und nicht in einer Schublade liegen bleiben. Die Anwendung der Leibbinde erfolgt u. a. zur Unterstützung der Bauchwand zur Vermeidung parastomaler Hernien z. B. bei höherer

körperlicher Aktivität (Vgl. Boelker 2003, S. 65 - S. 66, S. 75 - S. 76).

Die Leibbinde kann auch zur Inkarzerationsprophylaxe bei einer bestehenden Hernie angelegt werden. „Hierbei wird durch eine mechanische Kompression von außen versucht, ein Ausstülpfen des Bruchsacks und dadurch eine mögliche Einklemmung zu vermeiden“ (Menche 2007, S. 834). Hierbei ist festzustellen, dass es für diese Meinung sowohl Befürworter als auch Gegner gibt, die beiderseitig mit guten Argumenten die jeweiligen Standpunkte vertreten.

Versorgung

Die Versorgung des Stomas mit einer parastomalen Hernie ist so individuell wie die Versorgung jedes anderen Stomas. Es sollte, wegen einer zu starken Druckerhöhung auf die Haut in der peristomalen Umgebung, auf konvexe Systeme mit Hartplastikanteilen möglichst verzichtet werden. Zu bevorzugen sind weiche, flexible Materialien. Bei einer zweiteiligen Versorgung ist ein untergreifbarer Rastring von Vorteil, denn so kann der Beutelwechsel ohne Abnahme der Leibbinde erfolgen. Eine breite Basisplatte mit Pflastertrand bietet eine gute Adaption an die Wölbung und somit eine sichere Versorgung (Vgl. Ihrke 2012, S. 35).

Pflegerische Interventionen zur Prävention parastomaler Hernien

Im Zusammenhang mit der Prävention von parastomalen Hernien liegt die Aufmerksamkeit im besonderen Maße auf der pflegerischen Beratung durch den Pflegeexperten Stoma, Kontinenz und Wunde sowie auf der Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen im multidisziplinären Team, das die Pflege und die Behandlung dieser Patienten gewährleistet.

Die Information und Aufklärung zur Prävention parastomaler Hernien sollte schon im pflegerischen Aufklärungsgespräch während der Stomamarkierung beginnen. Es sollte bei der operativen Ausführung der Stomaanlage darauf geachtet werden, dass das Stoma durch den Musculus rectus abdominis angelegt wird. Aktuell gibt es verschiedene Diskussionen über die Notwendigkeit hierzu bzw. in welcher Form

letztendlich das Stoma durch den Musculus rectus abdominis angelegt werden sollte. Die lateral-pararektale Stomaanlage zur Prävention parastomaler Hernien gilt dabei als mögliche Alternative zum aktuellen transrektalen Standard.

Eine ausführliche Pflegeanamnese, u. a. zur Erhebung möglicher Risikofaktoren, die zur Entstehung einer parastomalen Hernie beitragen können, ist unumgänglich.

Die Wissensvermittlung an die Betroffenen über relevante körperliche Strukturen und Funktionen ist ein weiterer wichtiger Punkt. Denn wenn der Patient die Zusammenhänge versteht, die möglicherweise eine Entwicklung einer parastomalen Komplikation auslösen können, ist das Einhalten der vorgeschlagenen, prophylaktischen Maßnahmen wahrscheinlicher.

Das Festlegen möglicher Ziele und Maßnahmen mit dem Patienten, sowie die Evaluation und die Dokumentation dieser Ziele und Maßnahmen sind feste Bestandteile eines Programms zur Prävention parastomaler Hernien. Der Patient kann selbst das Risiko einer parastomalen Hernie durch Veränderungen seiner Verhaltensweisen positiv beeinflussen, z. B. durch Gewichtsreduktion unter Einbeziehung der Ernährungsberatung falls ein Übergewicht vorliegt, mit dem Ziel eines BMI von 20-25. Die Ernährungsberatung sollte auch konsultiert werden, wenn eine Obstipation vorliegt, denn ein dauerhaft harter Stuhl kann unter Umständen die Entstehung einer parastomalen Hernie begünstigen. Empfehlenswert ist hier grundsätzlich eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr und eine ballaststoffreiche Kost. Eine ausgeglichene körperliche Bewegung unterstützt nicht nur die möglicherweise angestrebte Gewichtsreduktion sondern stärkt mit den richtigen Übungen dabei auch die Bauchmuskulatur und regt die Darmtätigkeit an. Verzicht auf Rauchen, Atemgymnastik und medikamentöse Unterstützung z. B. bei chronischem Husten verringern die Hustenanfälle und senken somit den dabei entstehenden intraabdominellen Druck. Eine weitere Maßnahme bei chronischem Husten ist die Abhusthilfe. Dabei legt der Patient seine Hände auf den Bauch und unterstützt das umliegende Gewebe mit den Händen durch Druck und hustet dann bei Bedarf ab.

Durch den Verzicht auf das Rauchen wird die Durchblutungssituation im Abdomen verbessert, sodass die Wunden besser heilen können und sich das Muskelgewebe besser aufbauen kann. Das Heben schwerer Gegenstände über 10 kg sollte von Stomaträgern vermieden werden. Sportliche Aktivitäten die den intraabdominellen Druck erhöhen, sollten mit Blick auf die Möglichkeit der Hernienkomplikation grundsätzlich nicht mehr ausgeführt werden und sollten individuell sorgfältig geprüft werden. Stattdessen sind Sportarten wie Schwimmen, Wandern, Radfahren sowie Walken und Tanzen zu empfehlen. Das Aufgeben bestimmter Hobbys, die einen erhöhten intraabdominellen Druck hervorrufen, wie z. B. das Trompete spielen, senkt das mögliche Risiko einer parastomalen Hernie.

Es ist wichtig die Bauchmuskeln mit den geeigneten Übungen sanft zu trainieren und zu kräftigen. Dies kann u. a. über den Beckenboden geschehen, denn der innere Beckenboden steht im Übergang zu den Bauchmuskeln, und durch diese Übungen wird kein starker intraabdomineller Druck ausgeübt. Um ein gezieltes Beckenbodentraining durchzuführen, sollte der Patient einen erfahrenen Beckenbodentrainer oder Physiotherapeuten konsultieren. Die richtige Körperhaltung beim Tragen und Heben im Lebensalltag ist eine gute Voraussetzung zur Stärkung der Bauchmuskulatur. Statt sich zu bücken, sollten die Stomaträger mit aufrechtem Rücken in die Hocke gehen und auch so gerade aus der Hocke wieder hoch kommen. Beim Heben von schwereren Gegenständen sollten sie diese in der Hocke erst auf den Oberschenkel abstützen und von dort mit den Armen fest an den Körper halten. So wird das Gewicht in die Körperbalance integriert und man kann kerzengerade aufstehen. Alles was getragen wird, sollte oberhalb des Nabels und so dicht wie möglich am Körper gehalten werden. Das Aufstehen aus der liegenden Position kann nach der Enblique-Methode geschehen. Dabei steht der Patient über die Seitenlage auf und stützt sich mit Ellenbogen, Unterarm und Hand ab bis er die sitzende Position erreicht (Vgl. Kitchenham-Pec 1995, S. 72 - S. 79, S. 109 - S. 110; Tanzberger 2004, S. 406 S. S 410). Eine Studie von Pflegeexperten aus Irland zur Vorbeugung parastomaler

Hernien zeigt eine signifikante Reduktion der Hernienbildung als Spätkomplikation nach einer Stomaanlage durch ein sanftes Training der Bauchmuskulatur wie u. a. mit den Bauch-Übungen nach Stomaoperationen von Thompson und Trainor (Thompson 2008). In der gleichen Studie wird deutlich, dass die Anwendung einer Leibbinde / Bandage zur Prophylaxe parastomaler Hernien, während der Patient schwer hebt und arbeitet, sehr hilfreich sein kann. Diese Studie beweist, dass bei einer adäquaten Beratung und Schulung der Patienten durch die Pflegefachkraft und durch die konsequente Einhaltung der prophylaktischen Maßnahmen, das Risiko einer parastomalen Hernie um bis zu 50 % reduziert werden kann. Hierzu haben Thompson und Trainor in Irland eine Reihe geeigneter Übungen für Stomaträger zu einem Übungsprogramm zusammengestellt und die Effektivität dieser Maßnahmen im Rahmen einer mehrjährigen Studie evaluiert (Thompson, 2008). Zu beachten ist: Hiermit ist NICHT die Durchführung vollständiger Sit-Up's aus dem Kraftsport gemeint, da diese einen zu hohen intraabdominellen Druck ausüben würden. Die Patienten sollten sich Zeit bei den Übungen lassen und diese zehnmal täglich wiederholen. Die Bauch-Übungen sollten bereits ab der Entlassung geturnt werden, spätestens jedoch, wenn die Wunde völlig abgeheilt ist. Die Pflegefachkräfte beraten und schulen die Patienten selbstständig oder ziehen ggf. einen Physiotherapeuten hinzu.

Fazit

Mein Fazit ist, dass im Zusammenhang mit der Prävention von parastomalen Hernien die Aufmerksamkeit im besonderen Maße auf die pflegerische Beratung durch den Pflegeexperten Stoma, Kontinenz und Wunde gelegt werden sollte. Selbstverständlich erfolgt diese Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen im multidisziplinären Team, das die Pflege und die Behandlung von Menschen mit einer Stomaanlage gewährleistet. Deutlich wird dieses u. a. durch die erste Initiative von Pflegeexperten aus Irland, präventiv erfolgreich gegen eine definierte Komplikation nach einer Stomaanlage, vorzugehen und dieses Handeln auch wissenschaftlich zu erforschen und zu

belegen. Neben allen vorhandenen medizinisch / chirurgischen Maßnahmen mit all ihren Indikationen und Erfolgen sollte auch den pflegerischen Interventionsmöglichkeiten mehr Beachtung geschenkt werden und deren Anwendung im Versorgungsalltag gefördert werden.



Stefan Lindemann,
Pflegeexperte Stoma, Kontinenz
und Wunde
E-Mail: stefan-lindemann@t-online.de

Literatur

Boelker T. Webelhuth W. (2003) *durch dick und dünn, Das Buch für Stomapflege und Harnableitung, Menden, Druckhaus Schmücker, 2. Auflage, überarbeitete und erweiterte Neufassung*

Esch M. (2005) *Stomatherapie, Beratung-Anleitung-Pflege, Stuttgart, W. Kohlhammer*

Ihrke K. (2012) *Versorgung parastomaler Hernien, In: MagSi Magazin 58 04/2012, Göppingen, Spectra - Design & Verlag*

Kitchenham-Pec S., Bopp A. (1995) *Beckenbodentraining, Die weibliche Basis erspüren, schützen, kräftigen, Stuttgart, Georg Thieme Verlag*

Menche, N. et al (2007) *Pflege Heute, Lehrbuch für Pflegeberufe, München, Urban & Fischer, 4. Auflage*

Tanzberger R., Kuhn A., Möbs G. (2004) *Der Beckenboden - Funktion, Anpassung und Therapie, München, Urban & Fischer, 1. Auflage*
http://www.einsparpotenzial-medizintechnik.de/downloads/studien/studie_einsparpotenzial_2009.pdf
<https://www.herniamed.de/?q=node/156>
http://www.hernia-baden.com/?Parastomale_Hernie

Thompson, M. J. (2008). *Parastomal hernia: incidence, prevention and treatment strategies. British journal of nursing (Mark Allen Publishing), 17(2), S16, S18-20. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18418932*

■■■■■ Gutes. Neues. 2014.

Sie haben die Wahl. Mit Hollister.

Hollister Stoma-Zubehör

**Die Auswahl,
die Sie brauchen.
Das Expertenwissen,
das Sie wünschen.**



Bei der Wahl der richtigen Stomaversorgung – insbesondere bei Komplikationen – gibt es keine Standardlösung, die allen individuellen Anforderungen gerecht wird. Hollister hat ein breites Portfolio an Zubehör-Produkten, um eine speziell angepasste Lösung zu bieten.

- Adapt Paste
- Adapt Hautschutzringe (plan und konvex)
- Adapt Hautschutzpuder
- Adapt Gürtel
- Hollister Hautschutzplatten

NEU!

Der Adapt Hautschutzring ist jetzt in praktischen, einzeln verpackten Plastikschalen erhältlich.

**Wiederverschließbar.
Transparent.
Stapelbar.**



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

 **Hollister**

© 2014 Hollister Incorporated. Hollister und Logo sowie Adapt sind Warenzeichen von Hollister Incorporated. „Hollister Stomaversorgung. Auf die Details kommt es an.“ ist ein Dienstleistungszeichen von Hollister Incorporated.

Behandlung eines Kurzdarmsyndroms bei Erwachsenen



Einleitung

Nach intestinalen Resektionen kommt es nicht nur zu funktionellen Störungen, sondern auch aufgrund der fehlenden Resorptionsfläche zu verschiedenen Symptomen. Eindrucksvoll vorstellen kann man sich die gesunde Resorptionsfläche des Dünndarms von 200 qm, also ca. einem Fußballfeld. Je nach Restdarmlänge steht nur noch die Fläche eines Fußballtors zur Resorption von Nährstoffen zur Verfügung! Das größte Organ unseres Körpers ist unsere Darmflora, sie besitzt hundertmal mehr Zellen als der gesamte restliche Organismus. Bei einem Verlust von weniger als 200 cm, oder von 50 % lebensfähigem Dünndarm, besteht das Risiko, dass die Betroffenen ein Kurzdarmsyndrom (KDS) entwickeln. Ziel der Therapie des Kurzdarmsyndroms ist eine weitgehende, stabile Beschwerdefreiheit und soweit möglich die Steigerung des Wohlbefindens.

Menschen, die gerade noch „Mitten im Leben“ standen werden durch die Erkrankung abrupt aus ihrem vertrauten Leben gerissen. Häufige Fragen des Betroffenen sind, wie kann ich nach dieser Operation weiter leben, kann ich meiner Beschäftigung, Arbeit nachgehen, welche Medikamente muss ich einnehmen, wenn ja, dann vorübergehen oder auf Dauer. Wie sieht es mit meiner Ernährung aus, bin ich von der parenteralen Ernährung abhängig. Kann ich am gesellschaftlichen Leben teilnehmen, wenn ich so eingeschränkt werde. Hier wird schon deutlich, dass für die Betroffenen ein Team von mehreren Fachdisziplinen notwendig wird, denn ohne deren Hilfe kann man keine individuellen Lösungen erarbeiten.

Definition Kurzdarmsyndrom

Das Kurzdarmsyndrom (engl. short bowel syndrome) bezeichnet ein Krankheitsbild, das durch die operative Entfernung oder das angeborene Fehlen großer Teile des Dünndarms entsteht. Durch die Resektion entsteht das Krankheitsbild einer Malabsorption von Makro- und Mikronährstoffen, Elektrolyten und Wasser. Zu den Makronährstoffen gehören Kohlenhydrate, Eiweiß und Fett.

Vitamine, Mineralstoffe und Spurenelemente werden als Mikronährstoffe bezeichnet.

Ursachen

Eine der häufigsten Ursachen für das Kurzdarmsyndrom sind Morbus Crohn, früher waren es mehr Durchblutungsstörungen wie ein Mesenterialinfarkt, eine Embolie oder Arteriosklerose. Auch eine Strahlenenteritis, Tumore, eine Dünndarmperforation und Verletzungen können zum Kurzdarmsyndrom führen. Postoperative Zustände können durch Verletzungen oder Unfällen mit Darmschädigungen entstehen. Aber auch nach ausge dehnten Tumorresektionen oder Ileus kann es zu einem KDS kommen.

Physiologische Flüssigkeits- und Nährstoffabsorption

Bei einem Erwachsenen passieren täglich ungefähr neun Liter Flüssigkeit den Darm. Etwa zwei Liter kommen aus der Nahrung und Getränken, die weiteren sieben aus im Darm gebildeten endogenen Sekreten. Der größte Teil davon wird im Dünndarm resorbiert, ca. 60 % im Duodenum, 30 % im Ileum, der Rest von ca. 10 % wird im Dickdarm aufgenommen. Nur ca. 1 % wird über den Stuhl ausgeschieden. Der größte Teil von Elektrolyte wird im Jejunum gemeinsam mit dem Wasser rückresorbiert.

Im Jejunum werden die fett- und wasserlöslichen Vitamine, Mineralstoffe und Spurenelemente größtenteils aufgenommen.

Im Ileum kommt es ebenfalls zu einem Wasser- und Elektrolytaustausch, hier ist der Darminhalt aber schon wesentlich konzentrierter. Innerhalb der ersten 150 cm Darm werden die Energieträger wie Eiweiß, Fett und Kohlenhydrate resorbiert. Es erreichen nur wenige Makronährstoffe das Ileum.

Beschwerdebilder

Nicht alle Patienten mit einem Verlust von Teilen des Dünndarms bekommen ein Kurzdarmsyndrom. Je nach Anteil des entfernten Dünndarms kommt es deshalb zu ganz unterschiedlichen Ausfällen.

Das Beschwerdebild ist abhängig von: der Grunderkrankung, Länge und Lage des entfernten Dünndarmanteils,

Vorhandensein oder Fehlen der Ileozökalklappe, dem verbleibenden Dickdarm und dessen Funktion. Die Ileozökalklappe ist wichtig für die Funktionsfähigkeit und die Anpassung des verbleibenden Dünndarms. Sie spielt aber auch eine große Rolle bei der Funktionstüchtigkeit der an der Verdauung beteiligten Organe wie Leber, Magen und Pankreas. Aber auch das Alter des Betroffenen ist sehr wichtig.

Möglich ist aber, dass die Substanzaufnahme, die normalerweise im proximalen Dünndarm geschieht, auch im Ileum erfolgt. Dabei verändert sich der verbleibende Darm. Dies geschieht durch Vermehrung und Wachstum der Zellen in der Duodenalschleimhaut, der Größenzunahme von Darmzotten (Ausstülpungen) und Krypten (Einsenkungen) und die Enzymaktivität des verbleibenden Restdarms. Es fehlen hier aber spezielle Transportmechanismen, wie die Resorption von Gallensalzen und Vitamin B12. Deshalb führen schon relativ geringe Verluste des Dünndarms zu einer Malabsorption. Patienten mit KDS leiden unter massiven, häufigen Durchfällen und Fettstühlen, dadurch dass Nahrungsbestandteile nicht resorbiert wurden. Der Gallenmangel im Dünndarm verhindert die Aktivierung der fettverdauenden Enzyme. Die Gallensäurezirkulation ist gestört, so kommt es zur Malabsorption von Fetten und fettlöslichen Vitaminen mit der Folge von Fettstühlen und Vitaminmangel. Nicht absorbierte Fette und die Gallensäure schädigen zudem die Darmmukosa. Wird das Duodenum entfernt, was eher selten ist, kommt es zur Anämie, da hier Folsäure und Eisen resorbiert wird. Bei Entfernung des Jejunum, kommt es zu einem schnelleren Transit des Nahrungsbreis. Die fehlende Resorptionsfläche führt zu einer Malabsorption aller Nährstoffe, Elektrolyten, Mineralstoffen, Spurenelementen, aber auch der meisten Vitamine. Unverdaute Kohlenhydrate gelangen in den Dickdarm und führen dort zur bakteriellen Fehlbesiedelung. Diese Bakterien können D-Laktat produzieren, was eine Laktatintoleranz zur Folge hat. Bei Entfernung der Ileozökalklappe kommt es auch hier zu einer deutlich verkürzten Transitzeit. Die kurze Kontaktzeit sorgt für eine verstärkte Malabsorption und osmotische Diarrhoe. Kolonbakterien können ungehindert in den Dünndarm gelangen und führen

BESSER FACHLICH KOMPETENT.



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

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

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

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

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

Ansprechpartner: Ralph Mayer

Sanitätshaus Aktuell AG
Auf der Höhe
53560 Vettelschoß

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



care team

dort ebenfalls zur bakteriellen Fehlbesiedelung. Das Sepsisrisiko bei diesen Patienten ist erhöht.

Verbleibt weniger als 70 cm Restdarm ist eine dauerhafte parenterale Ernährung zwingend notwendig. Die Resorptionskapazität des verbleibenden Dünndarms reicht nicht zum Überleben aus. Neben den direkt das Verdauungssystem betreffende Beschwerden kann es noch zu folgenden Problemen kommen. Hormone zur Hemmung der Magensäure, die sonst im Dünndarm gebildet werden, fehlen und führen zu einer Überproduktion der Magensäure. Es kommt wiederum zu verstärkten Durchfällen, Fettstühlen und Magengeschwüren.

Durch den Wegfall des Enzyms Lactase, das im Jejunum gebildet wird, entsteht eine Milchzuckerunverträglichkeit. Darmbakterien bauen den Milchzucker zu D- und L-Lactase ab. Dies führt zu einer Übersäuerung des Organismus (metabolische Azidose) was wiederum den Durchfall verstärkt. Es kann zu Verwirrtheit, Gedächtnisverlust, Sehstörungen und Gangunsicherheit kommen.

Nach einer Ileumresektion werden weniger Gallensäuren rückresorbiert. Schon ein geringer Verlust des terminalen Ileums führt also dazu, dass der spezifische Resorptionsort für Gallensäure und Vitamin B12 wegfällt. Es treten unphysiologisch große Mengen an Gallensalzen in den Dickdarm über. Dadurch entsteht eine Abnahme der Gallensäurekonzentration, die eine Gallensteinbildung zur Folge hat. Dieser Gallensäureverlust führt außerdem zu Hyperoxalurie mit Nierensteinbildung. Oxalat wird im Dünndarm nicht mehr aus der Nahrung an Kalzium gebunden, sondern wasserunlöslich mit dem Stuhl ausgeschieden. Kalzium bindet sich hier an Fettsäuren, die nicht im Dünndarm aufgenommen wurden. Jetzt entsteht vermehrt freies Oxalat was im funktionierenden Dickdarm aufgenommen wird und zu einer Erhöhung des Oxalatspiegels im Blut (Hyperoxalatämie) und im Urin (Hyperoxalaturie) führt.

Adaptionsphase

Die Resorptionssteigerung des Restdarms wird Adaption genannt. Dabei verändert sich der verbleibende Darm so, dass er teilweise die Aufgaben des entfernten Dünndarmabschnittes

übernimmt. Die Anpassung erfolgt durch eine Vermehrung und Wachstum der Zellen in der Dünndarmschleimhaut. Das führt zu einer Größenzunahme der Darmzotten und Krypten. Die Enzymaktivität wird gesteigert. Die Adaptionsphase wird in drei Phasen unterteilt. Die Hypersekretion dauert bis etwa 7 Tage nach der Operation. Sie ist gekennzeichnet durch hohe Flüssigkeits- und Elektrolytenverluste. Zur Stimulation des Restdarms bekommt der Patient isotone Lösungen und ausschließlich parenterale Ernährung. Die Adaptionsphase dauert ca. 4 Wochen bis zu 1 Jahr. Das Stuhlvolumen ist ca. 2,5L/Tag. Ziel ist der Aufbau der Ernährung über den Darm mittels enteraler und oraler Ernährung. Hier sind die Flüssigkeits- und Elektrolyte-Verluste schon reduziert. Dieser Phase folgt die Phase der Stabilisation, die bis zu 2 Jahren dauern kann bis das Maximum der Adaption erreicht ist. Die Ernährung erfolgt nur noch enteral oder oral mit Verwendung von Trink- und Sondennahrung, wenn durch die orale Aufnahme von normaler Kost der individuelle Ernährungszustand nicht aufrecht erhalten werden kann. Ziel ist ein Vermeiden der parenteralen oder enteralen Langzeiternährung. Dies ist aber wiederum von der Länge und Funktion des Restdarms abhängig. Als Langzeitkomplikationen sind in dieser Phase Nierensteine und Osteoporose zu nennen. Ggf. müssen zusätzlich noch Vitamine und Spurenelemente verabreicht werden.

Therapiemöglichkeiten

Ziel ist die Verhütung von Mangelkrankungen. Um eine Mangelernährung festzustellen gibt es verschiedene Methoden. Die Bioelektrische Impedanzanalyse ermittelt die Verteilung von Körperwasser aus dem Intra- und Extrazellulärbereich. Im Extrazellulären Raum befindet sich 1/3 der Gesamtkörperflüssigkeit, den Rest findet man in den Zellen. Individuelle Werte wie Alter, Geschlecht, Körpergröße und Gewicht werden mit einbezogen. Es können so Aussagen über den Ernährungszustand, die Bildung von Ödemen und den allgemeinen Hydrationszustand gemacht werden. Der Betroffene bekommt dann eine - auf sein Krankheitsbild abgestimmte Ernährungstherapie. Wichtig ist eine

irri med 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 daher mit entspr. Steckeradapter weltweit einsetzbar
- große digitale LCD Temperaturanzeige

Borkener Str. 50
46342 Velen - Ramsdorf

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

Gewichtsanamnese, die Gewichtsschwankungen und deren Ausmaß aufzeigt. Bei der Ernährungsanamnese wird die Zahl der Mahlzeiten pro Tag, ihre Menge und Zusammensetzung, sowie die Verteilung im Tagesablauf festgestellt. Es gilt den Blutspiegel an Elektrolyten, Spurenelementen und Vitamin B12, zu überwachen und nach Bedarf auszugleichen. Die Vitamin B12-Gabe muss i. m. erfolgen, da der Darmabschnitte zur Resorption fehlt. Bei einer erhöhten Sekretion von Magensaft, Dünndarm, Galle und Pankreas muss dies medikamentös behandelt werden. Um der Entstehung von Gallen- und Nierensteinen entgegen zu wirken wird Calcium verabreicht. Zusätzlich sind Gaben von Medikamenten zur Beeinflussung der Transitzeit, zur Behandlung des Gallensäureverlustsyndroms und gegen die bakterielle Fehlbesiedelung angezeigt.

Störung	Medikament
Gastrale Hypersekretion	H2-Blocker, Protonenpumpenhemmer
Hypersekretion von Magen, Dünndarm, Galle, Pankreas und	z. B. Octotide, Lanreotide
Transitzeit	z. B. Loperamid
Bakterielle Fehlbesiedelung	Antibiotikum
Gallensäureverlustsyndrom	z. B. Cholestyramin

Die Entscheidung zu einer Transplantation sollte günstiger Weise vor einer Leberzirrhose getroffen werden. Bei einer Restlänge von 40 cm Dün-

darm kann dies auch früher schon erfolgen, da der Patient ein sogenanntes Ultrakurzdarmsyndrom hat. Bis Anfang 2003 wurden weltweit etwa 800 Patienten transplantiert worden, von denen 50% längerfristig überlebten. Das Problem besteht darin, dass die Patienten mehrere Komplikationen haben und mehrere Organe benötigen.

Ernährungsempfehlungen

Die Empfehlung hängt von der Restlänge des Dünndarms ab. Grundsätzlich gilt, der Patient muss Kalorien- und Eiweißreich ernährt werden (50-60 kcal/kg) und eine auf ihn abgestimmte Ernährungstherapie erhalten. Mageres Fleisch und Fisch, fettarme Wurst und Käse stehen auf dem Speiseplan. Milch oder Milchprodukte werden aufgrund der Laktoseintoleranz oft schlecht vertragen. Zusätzlich kann die Eiweißzufuhr durch

ein Eiweißkonzentrat erhöht werden. Leicht verdauliche Lebensmittel mit einem hohen Vitalstoff- und Energiebedarf, die er gründlich kaut und auf



viele kleine Mahlzeiten verteilt sind angebracht. Der verbleibende Darm soll während des ganzen Tages genutzt werden. Durch zu große Portionen erreicht man eine erhöhte Darmtätigkeit, die wiederum zu Durchfällen führen kann, da die Nahrung schlechter ausgenutzt wird. Das Trinken zu den Mahlzeiten soll vermieden werden, da somit die Transitzeit des Nahrungsbreis beschleunigt wird. Nach der Mahlzeit sollte ca. 1 Std. mit der Flüssigkeitszufuhr gewartet werden. Es können dann z. B. elektrolythaltige Getränke, magnesium- oder natriumreiche Mineralwasser oder Kohlenhydrat-Elektrolytmischungen wie Apfelschorle getrunken werden. Der erhöhte Wasserverlust muss jedoch ausgeglichen werden. Ein wichtiger Energielieferant ist Fett. Da es aber bei Unverträglichkeiten zu Fettstühlen kommen kann, besteht die Möglichkeit auf MCT-Fette (mittelkettige Fettsäuren = Palmkernöl oder Kokosfett) auszuweichen. Sie findet man beispielsweise in Öl, Margarine Öl, jede Margarine und jeder Brotaufstrich besteht aus mittelkettigen Triglyceriden nur weil er aus dem Naturkostladen ist. Eine Umstellung sollte einschleichend erfolgen, da sonst Bauch-, Kopfschmerzen oder Erbrechen auftreten können. Bei der Aufnahme von MCT-Fetten können die fettlöslichen Vitamine E, D, K und A resorbiert werden. Allgemein gilt ein Tagebuch über Nahrungsmittel, Flüssigkeitszufuhr, Häufigkeit der Nahrungsaufnahme und Beschwerden zu führen, damit man einen Überblick

bekommt, was einem gut bekommt, oder was man meiden sollte.

Rest-Jejunumlänge	Jejunale Anastomose	Jejunostomie
0-50 cm	Parenterale Ernährung = PE	Parenterale Ernährung Parenterale NaCl-Lösung (+/-Magnesium) = PS
51-100 cm	OE = orale (oder enterale) Ernährung	PE + PS
101-150 cm	keine	OE + OGS = orale (oder enterale) Glukose / (Salz) - NaCl-Lösung
151-200 cm	keine	OGS

Zusammenfassung

Das Krankheitsbild des KDS ist so facettenreich, dass es für den Betroffenen zum Überleben wichtig ist, dass schon in der Klinik die Koordination der vielen „Hilfen“ organisiert wird. Die Angehörigen sollten zudem gut informiert werden, da der Betroffene dadurch seinen Halt in seinem sozialen Umfeld findet. Zu dem unterstützenden Team um ihn herum im ambulanten Bereich gehören: der Hausarzt, Ernährungstherapeut, evtl. ein Psychotherapeut, die Kurzdarmambulanz, die Apotheke, ein Pflegedienst und ein Homecare-Unternehmen. Hier sieht man, dass der Betroffene eine riesige Lebensumstellung erfährt, die er für sich erst einmal verkraften muss.

Die Erfahrungen, die er mit dieser Krankheit machen wird, ist vielfältig, aufgezwungen, anstrengend, unliebsam und einschränkend.

Literatur

J. Stein, K.W. Jauch. (2003): Klinische Ernährung und Infusionstherapie. Springer Verlag, Kapitel 42, S. 604-613.

MagSi.®, Magazin Stoma, Kontinenz und Wunde Nr. 53 · 08/2010

<http://www.anpisa.de/pdf/15symp/Heiduk2006.pdf> Kurzdarmsyndrom, Internistische Therapiemöglichkeiten. (abgerufen am 20.07.10)

<http://www.dnqp.de/ExpertenstandardErnaehrungsmanagement.pdf> Expertenstandard Ernährungsmanagement zu Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege. (abgerufen am 18.11.10)

<http://www.franz-praxis.de/gate/>

Ernaehrungsleitfaden Kurzdarmsyndrom. (abgerufen am 23.07.10)

<http://www.gesundheit.de/ernaehrung/diaeten/diaetwissen/koerperanalyse-nach-der-bia-methode-2010> Körperanalyse nach Bioelektrischer Impendanz. (abgerufen 22.11.10)

<http://www.gesundheits-lexikon.com/Orthomolekulare-Medizin-Vitalstoff-Medizin/Krankheiten-des-Verdauungs-traktes/Duendarmresektion.html> Doc medicus, Dünndarmresektion. (abgerufen 22.07.10)

<http://www.google.de/search?hl=de&defl=de&dq=define:Kurzdarmsyndrom&sa=X&ei=cxZMTPKQLs6nOKvKpI4P&ved=OCB YQkAE> Definition Kurzdarmsyndrom. (abgerufen 20.07.10)

© fotodo - Fotolia.com

<http://www.kurzdarmsyndrom-und-ernaehrung.de/mediziner/krankheitsentwicklung.html> Kurzdarmsyndrom und Ernährung. (abgerufen 18.10.10)
<http://www.med.tu-muenchen.de/de/gesundheitsversorgung/kliniken/ernaehrungsmedizin/PDF/Kurzdarm.pdf> Ernährungsempfehlungen bei Kurzdarm 2006. Ernährungsempfehlungen bei Kurzdarm/Stand 2006 (abgerufen 20.07.10)

<http://www.medicoconsult.de/wiki/Kurzdarmsyndrom> Kurzdarmsyndrom (abgerufen 23.07.10)

http://www.medizin.uni-greifswald.de/inn_a/fileadmin/user_upload/lehre/vorlesungen-alt/AM_Malassimilation_Maldigestion_druck.pdf Malassimilation/Malabsorption/Maldigestion. (abgerufen 26.07.10)

<http://www.netdoktor.de/Medikamente/Colestyramin-ratiopharm-r-100008681.html> Colestyramin (abgerufen 22.11.10)

http://www.nutricia.de/download.php?prodpdf=PN_Duocal_2.pdf

http://www.pflegewiki.de/wiki/Expertenstandard_Ern%C3%A4hrungsmanagement Expertenstandard. (abgerufen 29.11.10)

<http://www.pflegewiki.de/wiki/Kurzdarmsyndrom> Definition Kurzdarmsyndrom. (abgerufen 23.07.10)

http://de.wikipedia.org/wiki/Bioelektrische_Impedanzanalyse 2010 Definition Bioelektrische Impedanzanalyse (abgerufen 18.10.10)

<http://de.wikipedia.org/wiki/D%C3%BCndarm> Dünndarm. (abgerufen 21.07.10)



Gabriele Koch-Diesing
Examierte Krankenschwester
Pflegeexpertin Stoma, Kontinenz, Wunde
Publicare GmbH

Die GHD GesundHeits GmbH Deutschland

Ihr Partner für Dienstleistungen im Gesundheitswesen



Die GHD GesundHeits GmbH Deutschland ist das größte ambulante Gesundheits-, Therapie- und Dienstleistungsunternehmen Deutschlands für eine ganzheitliche Betreuung von Kunden und Patienten mit über 1.900 Mitarbeitern.

Eine Auswahl unserer Therapiebereiche auf einen Blick

Stoma



- Individualanpassung und Sonderanfertigung
- Einführung von Versorgungsstandards
- Stomamarkierung und präoperatives Patientengespräch
- Ganzheitliche Beratung und Anleitung

Inkontinenz



- Materialmanagement (auch EDV-gestützt)
- Anleitung zum Versorgungswechsel für alle an der Versorgung Beteiligten
- Einführung von Versorgungsstandards
- Training und Anleitung zum Katheterismus

Wunde



- Materialmanagement (VW-Set, MRSA-Set)
- Organisation von regelmäßigen Wundvisiten
- Therapieempfehlung
- Therapiekklärung mit dem Verordner inkl. Rezeptmanagement
- Anleitung zum Verbandswechsel
- Einführung von Versorgungsstandards für alle an der Versorgung Beteiligten
- EDV-gestützte Verlaufsdocumentation

GHD GesundHeits GmbH Deutschland

Fritz-Reuter-Straße 2
22926 Ahrensburg
www.gesundheitsgmbh.de

Unsere kostenlose Service-Hotline

0800 - 362 73 78

GHD GesundHeits
GmbH Deutschland

Moderne zielgerichtete Therapien in der Onkologie

Was sind zielgerichtete Therapien?

Das Wissen um die Veränderungen von Signalwegen, die eine Tumorzelle entstehen, wachsen und metastasieren lassen, sind der Schlüssel für die modernen zielgerichteten Therapien („Targeted Therapies“) in der Krebsbehandlung. Anders als bei den Standardmethoden wie etwa der Chemo- oder Strahlentherapie, richten sich viele neue Wirkstoffe gezielt gegen ausgewählte Signale bzw. Targets in Tumorzellen. Die zielgerichteten Medikamente haben in den letzten Jahren das Spektrum der therapeutischen Möglichkeiten in der Onkologie deutlich erweitert (Abb. 1).

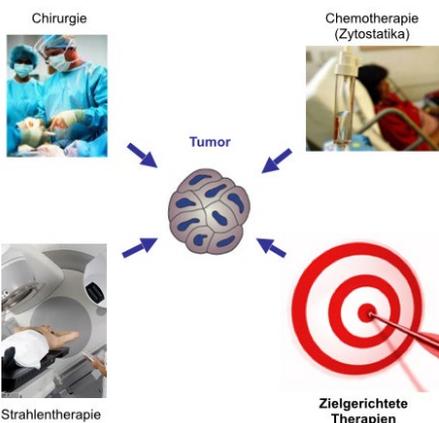


Abbildung 1

Zumeist handelt es sich dabei entweder um monoklonale (d. h. nur für eine bestimmte Oberflächenstruktur spezifische) Antikörper (Endung „-mab“ im Wirkstoffnamen, z. B. Cetuximab oder Panitumumab), die an Rezeptoren oder deren Liganden binden und diese

dadurch blockieren, oder um sog. (Tyrosin-) Kinaseinhibitoren (Endung „-nib“, z. B. Erlotinib oder Imatinib), die die Signalübermittlung von aktivierten Rezeptoren an nachgeschaltete Signalmoleküle unterbinden. Während sich zielgerichtete Therapien idealerweise nur gegen Signalmoleküle richten, die überwiegend in Tumorzellen aktiv sind, wirken im Gegensatz dazu Chemo- und Strahlentherapie auf alle Zellen, die sich vermehrt teilen. Das sind in erster Linie Tumorzellen, aber in zweiter Linie auch gesunde Zellen, z. B. der Schleimhäute, der Darmwand und des Knochenmarkes. Trotz der selektiven Hemmung von Signalwegen in Tumorzellen kommt es allerdings auch bei neuartigen zielgerichteten Therapien zu unerwünschten Nebenwirkungen, die aber in der Regel gut beherrschbar sind.

Auch mit der Entwicklung zielgerichteter Therapien bleibt der hohe Stellenwert der Chemo- und Strahlentherapie und selbstverständlich auch der Chirurgie in der Onkologie bestehen. Vielmehr sind zielgerichtete Therapien als Ergänzung zu den herkömmlichen Therapieverfahren anzusehen. In Zukunft wird es auf sinnvolle Kombinationen der vorhandenen Therapieverfahren ankommen, um möglichst effizient gegen Tumorerkrankungen vorzugehen.

Zielstrukturen („Targets“) in der Onkologie

Eine Herausforderung für die Krebsforschung und die Entwicklung von neuen Krebsmedikamenten ist die Identifizie-

rung von geeigneten Zielstrukturen in Tumorzellen. Tumorzellen weisen eine Reihe von Eigenschaften auf, die für das Wachstum und die Ausbreitung des Tumors zentral sind. Eine Struktur bzw. ein Signalmolekül auf oder in einer Tumorzelle ist dann als Ziel für Therapien geeignet, wenn dessen Hemmung oder auch Aktivierung eine oder mehrere dieser zentralen Eigenschaften unterdrücken kann.

Zu den zentralen Eigenschaften von Tumorzellen zählen (siehe auch Abb. 2):

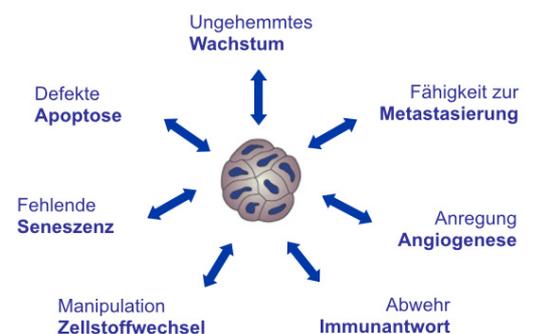


Abbildung 2

1. **Ungehemmtes Wachstum.** Normalerweise sind in gesunden Zellen im erwachsenen Organismus Wachstumsfördernde und -hemmende Signale im Gleichgewicht. Bei Tumorzellen sind Wachstumsfördernde Signale verstärkt vorhanden, während hemmende Signale blockiert sind. In Tumorzellen findet sich u. a. eine ständige Aktivität von sog. Wachstumsfaktorrezeptoren, z. B. solchen der epidermalen Wachstumsfaktor (EGF)-Rezeptor-Familie (siehe auch Abb. 4).

Bilder: Prof. Dr. med. Henning Schulze-Bergkamen

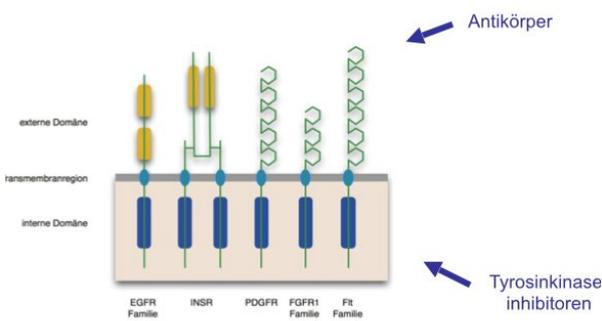


Abbildung 4

2. Fähigkeit zur Metastasierung.

Tumorzellen haben die Fähigkeit, sich in entfernten Geweben anzusiedeln. Die Metastasierung beispielsweise von Karzinomzellen, die sich ursprünglich aus Epithelzellen entwickeln, ist ein hochkomplexer Prozess, für den die Tumorzelle eine Reihe bestimmter Signalschritte benötigt.

3. Anregung der Angiogenese. Beim Wachstum solider Tumoren entstehen automatisch im Inneren des Tumors Engpässe bei der Versorgung mit Sauerstoff und Nährstoffen. Um dem entgegen zu wirken, bilden Tumorzellen angiogene Faktoren (z. B. VEGF, „Vascular Endothelial Growth Factor“), die das Einwachsen von Blut- und Lymphgefäßen in den Tumor anregen.

4. Abwehr der Immunantwort.

Tumorzellen tragen auf ihrer Oberfläche sog. Antigene, die von Immunzellen des Körpers erkannt werden und eine Immunantwort auslösen können. Um einer Immunantwort, z. B. durch aktivierte T-Zellen, zu entkommen, haben Tumorzellen Mechanismen entwickelt, um die Immunantwort zu unterdrücken.

5. Umgehung der natürlichen Zellalterung (Seneszenz). Bei jeder Zellteilung werden winzige Käppchen an den Enden der Chromosomen im Zellkern, die sog. Telomere, kürzer. Dieser Vorgang wird als Seneszenz (natürliche Zellalterung) bezeichnet. Sind die Telomere aufgebraucht, stirbt die Zelle. Tumorzellen haben Mechanismen entwickelt, um die Telomere wieder aufzubauen, um so die Seneszenz zu umgehen.

6. Ausschaltung der Apoptose. Jede Zelle in unserem Organismus, auch Tumorzellen, tragen das Programm

für einen zellulären Selbstmord (Apoptose) in sich. Physiologischerweise wird das Apoptoseprogramm in Zellen aktiviert, die überflüssig oder potentiell gefährlich sind. Auch Tumorzellen sind anfällig für Apoptose. Es finden sich jedoch in Tumorzellen zahlreiche Defekte im Apoptoseprogramm, so dass Tumorzellen den zellulären Selbstmord verhindern können.

7. Manipulation des Zellstoffwechsels.

Tumorzellen sind in der Lage, schnell zu wachsen und zu proliferieren. Dies wird u.a. durch weitreichende Veränderungen im Zellstoffwechsel und Energiehaushalt ermöglicht.

Gegen all diese genannten Eigenschaften werden zielgerichtete Therapien entwickelt bzw. sind bereits zur Therapie von Krebspatientinnen und -patienten zugelassen.

Eine Voraussetzung für die Eignung einer Zielstruktur für therapeutische Ansätze ist aber nicht nur, dass sie für das Überleben und das Wachstum von Tumorzellen wichtig ist, sondern auch, dass diese Struktur möglichst eine geringe Bedeutung für das Überleben von gesunden Zellen hat, so dass gesunde Gewebe geschont bleiben. Dies wird auch in Zukunft eine große Herausforderung für die Entwicklung zielgerichteter Therapien sein.

Formen zielgerichteter Therapie

Es gibt zahlreiche Möglichkeiten, zielgerichtet gegen die oben genannten zentralen Tumoreigenschaften vorzugehen. Am weitesten verbreitet ist der Einsatz von Antikörpern und Kinaseinhibitoren. Andere Formen, z. B. Gentherapien, befinden sich in Entwicklung. Antikörper sind natürlich vorkommende Proteine, die im Rahmen einer Immunantwort von B-Zellen gebildet werden und hochspezifisch gegen Oberflächenstrukturen (Antigene) gerichtet sind. Die Bindung von Antikörpern an Antigene, z. B. von Bakterien, ist ein wesentlicher Schritt der Immunabwehr gegen eingedrungene Fremdstoffe. Antikörper bestehen aus zwei schweren und zwei leichten Ketten, die Y-förmig angeordnet sind (Abb. 3).

In der Onkologie haben Antikörper schon seit Jahrzehnten eine große Bedeutung in der Diagnostik.



Abbildung 3

Hierbei macht man sich die hohe Spezifität von Antikörpern für definierte Oberflächenstrukturen zunutze. Antikörper werden dabei an Farbstoffe gekoppelt und zur mikroskopischen Charakterisierung von Operationspräparaten oder Biopsien verwendet. In der onkologischen Therapie werden monoklonale (nur für eine bestimmte Oberflächenstruktur spezifische) Antikörper als intravenös, z. T. auch als subkutan oder intraperitoneal zu applizierende Medikamente eingesetzt, um zielgerichtet Signalmoleküle wie z. B. Wachstumsfaktorrezeptoren zu blockieren (s.u.) (Tab. 1). Einige Antikörper sind an Chemotherapeutika oder Radionuklide gekoppelt, so dass die Tumorzellen nach Bindung der Antikörper durch die gekoppelte Substanz geschädigt werden (sog. Antikörper-Wirkstoff-Konjugate). Ein Beispiel ist die Kopplung eines Chemotherapeutikums (Emtansin/DM1) an den schon seit über 10 Jahren v. a. beim Mammakarzinom eingesetzten Antikörper Trastuzumab (Herceptin®). Die neu entwickelte Substanz Trastuzumab-Emtansin (T-DM1, Kadcyra®) wurde 2013 in Europa zur Behandlung des Mammakarzinoms zugelassen. Eine neue Entwicklung sind auch Antikörper, die die Immunantwort des Körpers gegen Tumorzellen direkt aktivieren (z. B. Ipilimumab, Yervoy®). Beim schwarzen Hautkrebs (malignes Melanom) führen diese Antikörper bei einigen Patienten zu erheblichen Therapieerfolgen und z. T. zum kompletten Rückgang des Tumors, was durch Chemotherapien bei diesen Tumoren sonst nicht zu erreichen ist.

Kinasen sind Enzyme, die überlebenswichtige Signale in Körperzellen übertragen. In Tumorzellen findet sich häufig eine starke Aktivierung bestimmter Kinasen. Auch Wachstumsfaktorrezeptoren sind gleichzeitig Kinasen: Der in den Zellinnenraum ragende Bereich

17. JAHRESKONGRESS DER DEUTSCHEN
GESELLSCHAFT FÜR WUNDHEILUNG
UND WUNDBEHANDLUNG E.V.



EVIDENZ UND INNOVATION

26. bis 28. Juni 2014 im
RuhrCongress Bochum

JETZT ONLINE ANMELDEN!

www.wunde-wissen.de  #DGfW

FRÜHBUCHER-
SCHLUSS
1. APRIL 2014

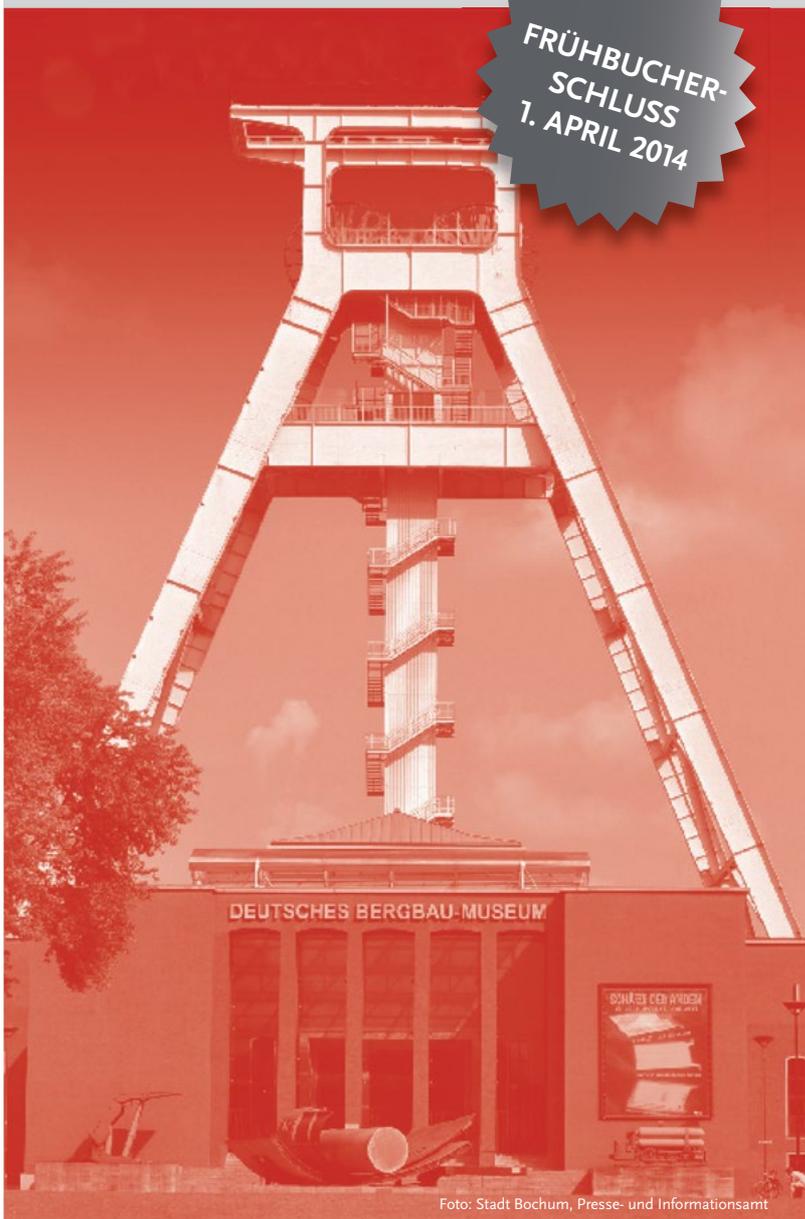


Foto: Stadt Bochum, Presse- und Informationsamt

der Rezeptoren besteht in vielen Fällen aus einer sog. Tyrosinkinase. Bindet ein Ligand (z. B. EGF) an einen Wachstumsfaktorrezeptor (z. B. den EGF-Rezeptor), so wird dessen Tyrosinkinase aktiviert und auf diese Weise eine komplizierte Signalübertragungskette in Gang gesetzt. Aufgrund der zentralen Bedeutung von Tyrosinkinasen für die Signalübertragung in Tumorzellen sind zahlreiche Tyrosinkinaseinhibitoren (meist als orale Medikamente) für die onkologische Therapie entwickelt worden. Viele Kinaseinhibitoren hemmen nicht nur eine, sondern mehrere verschiedene Kinasen gleichzeitig (sog. Multi-(Tyrosin-) Kinaseinhibitoren). Bei manchen Kinaseinhibitoren konnten bestimmte Signalwegsveränderungen (bedingt durch Mutationen) identifiziert werden, die Voraussetzung für die Wirksamkeit der Inhibitoren sind. Der erst vor Kurzem zur Therapie des nicht-kleinzelligen Bronchialkarzinoms zugelassene Kinaseinhibitor Crizotinib (Xalkori®) beispielsweise wirkt nur, wenn im Tumorgewebe bestimmte Mutationen in der sog. ALK-Kinase vorliegen. Derartige Mutationen liegen aber nur bei einem kleinen Teil der Patienten mit Bronchialkarzinom vor.

Beispiele zielgerichteter Therapien

Wachstumsfaktoren und deren Rezeptoren spielen eine wichtige Rolle für die Entstehung und die Ausbreitung von Tumoren. Ein Beispiel für einen Wachstumsfaktorrezeptor ist der EGF-Rezeptor (EGF-R/HER1) (Abb. 4). In Tumoren findet sich regelmäßig eine starke Expression dieses Rezeptors (z. B. in über 80 % von Kolonkarzinomen). Die durch den Rezeptor vermittelten Signale fördern die Proliferation und die Metastasierung von Tumorzellen und blockieren gleichzeitig die Induktion von Apoptose. Deshalb ist der EGF-R ein wichtiges „Target“ für die Onkologie geworden. Die Antikörper Cetuximab (Erbix®) und Panitumumab (Vectibix®) binden spezifisch an den EGF-R auf der Zelloberfläche und blockieren ihn damit. Die Kinaseinhibitoren Gefitinib (Iressa®) und Erlotinib (Tarceva®) dringen in Tumorzellen ein und blockieren von innen die Signalübertragung des EGF-R ins Zellinnere.

Erfolge lassen sich mit Antikörpern gegen EGF-Rezeptoren beispielsweise beim Darmkrebs erzielen. Inzwischen ist die Gruppe von Patienten, die von einer

Bilder: Prof. Dr. med. Henning Schulze-Bergkamen

solchen Therapie profitieren können, noch besser vorhersagbar: Bei etwa 50 % der Patientinnen und Patienten mit fortgeschrittenem Darmkrebs liegt eine Mutation im K- oder N-RAS-Gen vor. Diese Patienten haben keinen Vorteil von der Antikörpertherapie und werden mit anderen Wirkstoffen behandelt werden.



Abbildung 5

Da EGF-Rezeptoren u. a. auch auf Keratinozyten der Haut exprimiert sind und für die Regeneration der Haut wichtig sind, kommt es unter zielgerichteter Blockade des EGF-R regelmäßig zu kutanen Nebenwirkungen, die ein aufmerksames Management erfordern, um einen Therapieabbruch zu verhindern. Die häufigste kutane Nebenwirkung ist ein akne-ähnliches Exanthem, das typischerweise nach wenigen Behandlungswochen auftritt (Abb. 5). Im Verlauf wird die Haut zunehmend trockener und es kommt zu Rhagaden-Bildungen an Fingern und Zehen mit der Gefahr von Superinfektionen. Prophylaktische Massnahmen wie Vermeidung von UV-Exposition und sorgfältige Hautpflege unter Vermeidung hautbarriereschädigender Substanzen können die Schwere der Hautveränderungen abmildern.

Auch andere Kinaseinhibitoren, wie z. B. Imatinib (Glivec®, im Jahr 2003 der erste zugelassene Kinaseinhibitor überhaupt; Indikation u.a. chronisch myeloische Leukämie), oder die Multi-Kinaseinhibitoren Sunitinib (Sutent®) und Sorafenib (Nexavar®), beide u. a. zur Behandlung des Nierenzellkarzinoms zugelassen, haben häufig kutane Nebenwirkungen.

Tumorzellen schütten angiogene Faktoren, wie z. B. VEGF („Vascular Endothelial Growth Factor“) aus, und regen auf diese Weise die Bildung neuer Blutgefäße (Angiogenese) an. Bevacizumab (Avastin®) ist ein monoklonaler Antikörper, der spezifisch an VEGF

Name	Präparat	Zielstruktur	Anwendungsgebiet (Bsp.)
Bevacizumab	Avastin®	VEGF	Kolorektales Karzinom Mammakarzinom
Cetuximab	Erbitux®	EGF-Rezeptor	Klorektales Karzinom Kopf- und Halstumoren
Panitumumab	Vectibix®	EGF-Rezeptor	Kolorektales Karzinom
Rituximab	MabThera®	CD20-Antigen auf B-Zellen	Non-Hodgkin-Lymphom
Trastuzumab	Herceptin®	HER2/neu-Rezeptor	Mammakarzinom
Ipilimumab	Yervoy®	CTLA4	Malignes Melanom
Alemtuzumab	MabCampath®	CD52	Chronisch lymphatische Leukämie

Tab. 1: Bsp. von monoklonalen Antikörpern, die zur Therapie von Tumorerkrankungen zugelassen sind.

bindet und somit die Angiogenese unterdrückt. Zugelassen ist Bevacizumab u. a. zur Behandlung fortgeschrittener kolorektaler Karzinome. Da VEGF aber auch einer der wesentlichen Regulatoren der Angiogenese im Rahmen von Wundheilung und Geweberegeneration ist, kommt es unter Bevacizumab-Therapie gehäuft zu Beeinträchtigungen von Wundheilungsprozessen. Vor und nach operativen Eingriffen sollte deshalb die Antikörperapplikation mehrere Wochen pausiert werden. Als Angiogenesehemmer wirkt auch der 2013 für die Behandlung des metastasierten Darmkrebses zugelassene Wirkstoff Aflibercept (Zaltrap®), der ähnlich wie ein Antikörper aufgebaut ist und verschiedene angiogene Faktoren gleichzeitig binden kann. Antikörper können nicht nur als Waffe gegen Tumorzellen, sondern z. B. auch zum Schutz vor Knochenschädigungen bei Knochenmetastasen eingesetzt werden. Der Antikörper Denosumab bindet und blockiert den sog. RANK-Liganden, und wirkt damit weiterem Knochenabbau entgegen.

Ausblick

Zielgerichtete Therapien haben die onkologischen Therapiemöglichkeiten in den letzten Jahren deutlich verbessert. Erstaunliche Erfolge wurden in letzter Zeit u. a. mit Antikörpern erzielt, die die Immunantwort gegen Hautkrebszellen verstärken.

In Zukunft wird noch eine Vielzahl von weiteren zielgerichteten Medikamenten hinzukommen und die onkologische Therapie komplexer und auch kostenaufwendiger machen.

Auch die onkologische Pflege wird komplexer, da das Nebenwirkungsprofil der Therapien vielfältiger wird. Der therapeutische Erfolg zielgerichteter Therapien wird in Zukunft von einer intelligenten Kombination verschiedener Therapieverfahren abhängen. Wichtig wird sein, diejenigen Patienten zu identifizieren, die von einer bestimmten zielgerichteten Therapie auch profitieren können. Die Identifikation von speziellen Eigenschaften des Tumors bei jedem einzelnen Patienten, auch unabhängig von der jeweiligen Tumorentität, hilft dabei, eine individuelle, maßgeschneiderte Therapie auszuwählen.



Prof. Dr. med. Henning Schulze-Bergkamen
Nationales Centrum für Tumorerkrankungen
Abteilung für Medizinische Onkologie
Universitätsklinikum Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 460
69120 Heidelberg
E-Mail:
henning.schulze@med.uni-heidelberg.de

Kutane Nebenwirkungen – parastomale Hautveränderungen unter modernen zielgerichteten Therapien in der Onkologie

Haben Sie schon parastomale Komplikationen erlebt, bei denen es auf Grund des plötzlichen Auftretens, ohne erkennlichen Grund, zu Versorgungsschwierigkeiten der Stomaversorgung kam? Diese Probleme aber plötzlich wieder beherrschbar waren?

Die EGF-R-Therapie steht seit 2004 für die Behandlung des Darmkarzinoms zur Verfügung.

Die zielgerichteten Therapien blockieren u. a. den epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptor (EGF-R). Dadurch werden auch gesunde Hautzellen beeinflusst. Bei nahezu dreiviertel der behandelten Patienten treten Nebenwirkungen in Form von Hautveränderungen, Infektionen oder Hauttrockenheit auf.¹

Wie Sie im Artikel von Hr. Prof. Dr. Schulze-Bergkamen lesen (Seite 14), wird der Einsatz von Medikamenten mit Antikörpern gegen EGF-Rezeptoren auch bei Patienten mit Darmkrebs eingesetzt.

Wichtig ist diese Information:

„Da EGF-Rezeptoren u. a. auch auf Keratinozyten der Haut exprimiert sind und für die Regeneration der Haut wichtig sind, kommt es unter zielgerichteter Blockade des EGF-R regelmäßig zu kutanen Nebenwirkungen, die ein aufmerksames Management erfordern, um einen Therapieabbruch zu verhindern. Die häufigste kutane Nebenwirkung ist ein akneähnliches Exanthem, das

typischerweise nach wenigen Behandlungswochen auftritt.

Im Verlauf wird die Haut zunehmend trockener und es kommt zu Rhagaden-Bildungen an Fingern und Zehen mit der Gefahr von Superinfektionen.“²

Bei einem Blick in das Gesicht ihres Patienten oder auch auf die Hände könn(t)en Sie Hautprobleme oder auch „Nebenwirkungen“ von zielgerichteten Tumorthérapien erkennen? Falls aber der Betroffene nach ärztlicher Empfehlung prophylaktisch Präparate/Arzneien anwendet, kann es sein, dass die Nebenwirkungen der Haut im Gesicht nicht auftreten. Noch ein Zusammenhang ist wichtig, die Ausprägung der Hautveränderungen korreliert mit dem Ansprechen der Therapie.

Und: Die Nebenwirkungen bilden sich während der therapiefreien Zeiten oder nach Beendigung der Therapie relativ schnell wieder zurück. Das ist eine Schwierigkeit die Situation richtig einzuschätzen! Es kann vorkommen, dass bei ihrem Erstkontakt mit dem Betroffenen massive Hautveränderungen vorliegen und bis ein Termin bei einem Facharzt stattfindet, bilden sich die

Hautprobleme zurück, treten dann jedoch mit dem nächsten Therapiezyklus wieder auf.

Nebenwirkungen

Doch zuerst die Hautveränderungen am Beispiel der Antikörpertherapie unter Erbitux®. Im Rahmen der Therapie werden ab der 2. Woche folliculäre Entzündungen der seborrhöischen Zonen, wie Gesicht, Dekolleté und oberer Rücken³ und in 30% der Fälle auch über den Rumpf verteilt, beschrieben. Es treten fettarme, trockene (sebostatische), spröde (xerotische) Hautveränderungen auf.

Die akneiforme Hautveränderungen mit einzelnen, folliculären Papeln und Pusteln im Stirn-Nasen-Mund-Bereich, auch auf die Kopfhaut konfluierend, mit Borkenbildung (Serokrusten), können auch auf Brust und/ oder Rücken und am Rumpf auftretend.

Je nach Ausprägung der Hautreaktionen, der Lokalisation, dem Juckreiz sowie dem Leidensdruck des Betroffenen ist eine dermatologische Behandlung, mit topischen Vitamin-K1-Präparaten oder eine orale Antibiotikagabe, bis hin zur systemischen Therapie auch mit Glukokortikosteroiden, notwendig. Eine schon mit der onkologischen Therapie beginnende spezielle, prophylaktische Hautpflege, ergänzend mit topischen Vitamin K1-Präparaten (0,1 %) und Urea (2 %) und einem „Stufen-Therapie-Schema“ werden zurzeit in Studien untersucht.

Bild: Prof. Dr. med. Henning Schulze-Bergkamen

Schleimhautveränderungen

können auch unter diesen onkologischen Therapien auftreten. Eine Blutung oder Mucositis am Stoma ist mit dem Arzt zu besprechen und zu behandeln. Für die Betroffenen ist der Hinweis wichtig, dass bei der Reinigung oder bei Kontakt mit der Stomaversorgung Micro-Kontakt-Blutungen auftreten können.

Fissuren und Rhagaden im Bereich der Hände und Füße

Es können ab der 3. bis 5. Woche schmerzhafte Fissuren der trockenen Haut, besonders an Füßen und Händen, auftreten. Diese können die Handhabung beeinträchtigen, zum Beispiel beim Verschließen des Rastrings von 2-teiligen Systemen oder beim Anwenden der Klammer.

Paronychien

Entzündungen des Nagelapparates² werden ab der 3. bis 7. Woche beschrieben. Diese Paronychien behindern die Patienten bei einfachen täglichen Vorrichtungen, genauso wie bei der Stomaversorgung. Falls sie an den Zehen auftreten sollte auch an das Tragen weicher und bequemer Schuhe gedacht werden.

Für beide Nebenwirkungen gilt:

Berührungsempfindlichkeit und Schmerzen sind zu therapieren, sonst können die Betroffenen in ihrer Selbstpflege beeinträchtigt sein. Hier ist eine individuelle Beratung und Anpassung für die sich veränderte Handhabung der Stomaversorgung nötig. Ein notwendiger Schulungs- oder Anleitungsbedarf ist einzuplanen⁶. Falls der Bedarf besteht, ist mit dem behandelnden Arzt eine ambulante Pflege über den Kostenträger zu beantragen und zu organisieren.

Tipp: Wie für Patienten mit diabetischem Fußsyndrom oder pAVK, ist die professionelle Fuß- und Handpflege zusammen mit einer Podologin⁴ genauso wichtig, wie die Beratung zur Haut- und Nagelpflege, zum Schuhwerk und zum Alltag⁵. Aus der Wundversorgung: Fissuren können mit hydrocolloiden Wundverbänden versorgt werden (z. B. Fersenversorgung diverser Hersteller). Diese stehen in unterschiedlichen Größen und Ausführungen zur Verfügung. Besonders feuchte Hautareale die zu Rhagaden führen könnten, sind

zu vermeiden, um der Gefahr einer Infektion oder Mykose vorzubeugen.⁵

Im Allgemeinen gilt:

Der Haut anfangs genügend Feuchtigkeit zuzuführen, wenn die Haut mit Trockenheit reagiert, oder empfindlich ist, die Pflege auf eher „fettende“ Produkte umstellen. Hierzu steht eine Vielzahl von Produkten und dermatologischen Präparaten zur Verfügung. **Tipp:** Es werden spezielle Kosmetikanwendungen und Schminkurse für Betroffene bei akneiformen Exanthen angeboten, um den Betroffenen zu zeigen wie sie ihre Haut reinigen, pflegen und schützen auch um Infektionen zu vermeiden. Empfehlungen zur Vermeidung von Hautirritationen und Schminktipp zum kaschieren der Hautveränderungen im Gesicht runden das Angebot ab⁷.

Was ist für die Stomaversorgung zu bedenken?

Die EGF-Therapie steht seit 2004 bei Darmkarzinom zur Verfügung, deshalb ist die Komplikation im parastomalen Bereich noch nicht beschrieben.

Da das Exanthem in 30% den Rumpf befällt, ist diese parastomale Komplikation eher selten? Oder noch nicht so häufig „erkannt“? Bitte bedenken Sie, auch andere Krebs-Erkrankungen könnten bei einem Stomaträger mit zielgerichteten Therapien behandelt werden. Ein Auftreten der Hautveränderung führt aber im parastomalen Bereich zur veränderten Versorgungssituation.

Für den Fall, dass das akneiforme Exanthem unter der Stomaversorgung auftritt, wird eine trockene, borkige Haut mit Serokrusten und eventueller Schuppung, nicht wie beschrieben auftreten!? Dieses Phänomen ist erklärbar durch die Verwendung von hydrocolloiden Haftflächen (einteiliger Systeme oder der Basisplatten), die keine Borkenbildung unter einem hydrocolloiden Material entstehen lassen⁴.



Besonders bei der Betreuung in der Häuslichkeit ist die „Stecknadel im Heuhaufen“ zu suchen. Die Stomaträger antworten vielleicht auf die Frage, ob eine Chemotherapie durchgeführt wird mit „nein“, da sie sich gerade in der therapiefreien Zeit befinden. So wird manchmal der Zusammenhang nicht gleich bewusst oder sofort bemerkt. Viele Fragen und der „offene Blick auch auf Hände und Füße“ werden hier zu einer aktuellen Anamnese führen.

So zeigt sich häufig in der Praxis, dass die parastomale Haut eine diffuse bis starke Rötung, eventuell mit Ablösung der Epidermis und nässenden Arealen aufweist.

Diese Hautreaktion kann oft weit über den Rand der benutzten Stomaversorgung hinausragen. Durch die atypischen Hautveränderungen oder/und die Feuchtigkeitsentwicklung kann es zu einer Fehleinschätzung der Situation kommen, ein toxische oder allergisches Kontaktekzem wird vermutet. Eventuelle Ursachen, wie Undichtigkeiten durch eine unzureichende Versorgung, Bauchdeckenveränderungen (Gewichtsschwankungen) werden ebenfalls erwogen. Fragen zur Ernährung und Lebensmitteln die zu Hautreaktionen führen, werden gestellt. Die Tragezeit der bisherigen Versorgung kann sich verringern.

Eine Unsicherheit des Betroffenen, durch frühzeitiges Ablösen der Versorgung tritt auf. Ein erhöhter Versorgungsaufwand (Materialverbrauch), verbunden mit dem Bedarf der Versorgungsumstellung, erneute Beratung und Schulung kommen hinzu.

Für den Stomaträger/die Stomaträgerin entsteht eine veränderte Versorgungssituation mit einer Reduzierung der Selbstpflegekompetenz, verbunden mit einem erneuten Beratungs- und Schulungsbedarf (Eduktion)⁵.

Es ist auch daran zu denken, dass eine zusätzlich Radiatio (im Bereich oder in der Nähe der Stomaanlage) die Hauterscheinungen beeinflussen kann. Tritt eine Strahlendermatitis und ein akneiformes Exanthem auf spricht man von einer „Kollisionsdermatose“ Diese sind unabhängig voneinander zu therapieren, und die Stomaversorgung selbstverständlich anzupassen.

Was ist zu tun?

Auf alle Fälle ist ein erfahrener Dermatologe, Onkologe oder Radiologe hinzu zu ziehen. Und falls es sich um ein akneiformes Exanthem handelt, ist drauf zu achten, dass die parastomale Haut mitbehandelt wird. Jedoch sind fettthaltige Präparate nicht einzusetzen, um die Haftung nicht (noch mehr) zu reduzieren⁶.

Die bestehende Stomaversorgung ist der Therapie der Nebenwirkungen und den Symptomen anzupassen

- Je nach Ausprägung des akneiformen Exanthems reicht die hydrocolloide Fläche der bisherigen Stomaversorgung nicht mehr aus.

So kann eine zusätzliche Versorgung mit hygroskopischen Stoma-Hautschutzplatten (15x15 cm oder größer) oder hydrocolloiden Produkten aus der Wundversorgung benötigt werden, um das Exsudat ausreichend zu binden, die Regeneration (Granulation) der Haut zu fördern⁴ und eine angemessene Tragezeit zu erreichen.

Das Stadium der Wunde wird maßgeblich für die Auswahl der Wundversorgung sein.

- Die Hautpflege und Hygiene auch im parastomalen Bereich ist zu überprüfen und mit dem Betroffenen zu besprechen, um Infektionen vorzubeugen.
- Stomaproducte kombiniert mit Klebe- oder Haftflächen sind selbstverständlich nicht einzusetzen. Stomaproducte mit dieser Ausstattung sind auf eine Versorgung mit durchgehendem hydrocolloiden Hautschutz-/Haftflächen umzustellen.
- Hautschutz-Barrier-Filme, als Spray oder Lollies sind hier nur sehr begrenzt einsetzbar.

Tipp: Der Gebrauch bzw. die Anwendung ist unbedingt mit den Betroffenen zu besprechen, da durch falsche und häufige Anwendung eine Okklusionsschicht auf der Haut entstehen kann (siehe auch Gebrauchsanweisung der Hersteller).

- Dem Betroffenen sind entsprechende Informationen, Beratung und Schulungen zu geben. Ein notwendiger Zeitaufwand für die Anleitung ist einzuplanen.⁵
- Falls der Bedarf besteht ist mit dem behandelnden Arzt eine ambulante Pflege über den Kostenträger zu beantragen und zu organisieren.

- Pflegerische Hinweise zur Ernährung, zum Verhalten im Alltag sind mit dem (onkologischen/radiologischen) Team abzustimmen und mit dem Patienten, bezogen auf seine Situation zu besprechen.

Tipp: Mögliche Wirkung von Zitrusfrüchten, scharfen Gewürzen, Medikamenten, thermischer (Wärme, Sonne), mechanischer (Kleidung, Gürtel usw.) und chemischer (Parfüm, Duftstoffe) Reize noch einmal im Zusammenhang der Problematik thematisieren!

Zum Schluss sei noch erwähnt - Wachstumsstörungen der Haare: Feiner, lockigere oder auch brüchiger werdende Haare. Besonders die Wimpern und Augenbrauen „wachsen und locken sich mehr“. Es kann zu Pigmentierungsstörungen der Haare kommen, sodass der Therapiezyklus wie ein „Zebmuster“ im Haarbild zu erkennen ist.

Um die Adherence, die Lebensqualität und auch die Selbstbestimmung der PatientInnen zu unterstützen/positiv zu beeinflussen sollten wir als Pflegexperten für eine rasche Diagnosestellung durch den Arzt sorgen. Eine adäquate Therapie, und eine symptomatisch ausgerichtet Pflege wird dazu beitragen die onkologische Therapie fortzuführen! Da es auch vorkommen kann, dass Patienten bei massiven Nebenwirkungen die Therapie abbrechen, sollten Versorgungsprobleme in der Stomaversorgung umfassend erklärt und die Versorgung wiederholt angepasst werden. Kontinuierliche Kontrollen und die Maßnahmen auf die Wirksamkeit zu überprüfen sind pflegerische Aufgabe⁶.

Die betroffenen Stomaträger können so in die Lage versetzt werden, Zusammenhänge zu verstehen, Veränderungen bewusst nachzuvollziehen und Alternativen zu kennen.

Haben Sie praktische Beispiele oder Praxisbilder, bitte senden Sie diese gerne an die Autorin. So können auch Praxisbeispiele veröffentlicht werden. kontakt@gabriele-gruber.de



Literatur:

- 1 Homey B.: <http://www.uni-duesseldorf.de/home/startseite/news-detailansicht/article/uniklinik-duesseldorf-entschluesselt-ursachen-fuer-hautnebenwirkungen-zielgerichteter-tumormedikamen.html?cHash=3ba0f569fc7552f4e0893ce6b21f190e> und Lichtenberger Beate. M. et al (2013) *Epidermal EGFR Controls Cutaneous Host Defense and Prevents Inflammation*, *Sci Transl Med* 21 August 2013: Vol. 5, Issue 199, p. 199ra111 *Sci. Transl. Med.* DOI: 10.1126/scitranslmed.300588; <http://stm.sciencemag.org/content/5/199/199ra111> Zugriff: 11.02.2014
 - 2 Schulze-Bergkamen H. (2014) *Moderne zielgerichtete Therapien in der Onkologie*, *MagSi Fachzeitschrift für Pflege, Fortbildung und Berufspolitik*, 21. Jahrgang, Nr. 64, 04-14
 - 3 Klein E. Tietze J. Wollenberg A., *Un-erwünschte kutane Arzneimittelnebenwirkungen von EGFR-Antagonisten und ihre Behandlung*. *Allergo j* 2006; 15:559-565; in Drischka T. et al (2008) *Therapie und Management von kutanen Nebenwirkungen unter Erbitux®*; Merck Serono GmbH
 - 4 Protz K. (2009) *Moderne Wundversorgung*, 5. Auflage, München: Elsevier, Urban & Fischer Verlag
 - 5 Panfil E.-M., Schröder G., Hrsg. (2010). *Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. Lehrbuch für Pflegenden und Wundexperten*, 2., durchgesehene und ergänzte Auflage. S. 455ff, Bern: Hans Huber
 - 6 Droste W., Gruber G. (2010) *Sektorenübergreifender Leitfaden Stomatherapie: für Krankenhäuser, die ambulante Homecare-Versorgung und Rehabilitationskliniken*, Hannover: Schluetersche Verlagsgesellschaft
 - 7 www.onkologiepartner.de
- Lyon C. C., Smith A. (2010). *Abdominal Stomas and their Skin Disorders. An Atlas of Diagnosis and Management*, 2. Edition, London: Informal Healthcare.

Gabriele Gruber
MSc Gesundheitsmanagement
ÖVQ-Qualitätsmanagerin
Pflegeexperte
Stoma, Kontinenz, Wunde
FgSKW e. V., GuK
MedicalSupport, München,

Das Inspektionsstoma

1. Einführung

Die Stomamarkierung ist seit vielen Jahren ein fester Bestandteil der praeoperativen Versorgung im Bundeswehrkrankenhaus in Ulm. Somit habe ich Erfahrung in der Anzeichnung von Ileo-, Colo- und Urostomata. Doch als ich um die Markierung eines „Inspektionsstomas“ gebeten wurde, stand ich vor einer neuen Herausforderung. Eine Oberärztin hatte dieses Operationsverfahren aus der Universitätsklinik Erlangen mit nach Ulm gebracht. Das Bundeswehrkrankenhaus ist ein Akutkrankenhaus mit Maximalversorgung. In der Regel folgt hier der Operationstag dem Aufnahmetag. Das bedeutet für mich als externe Stomatherapeutin wenig Zeit um an notwendige Informationen zu gelangen. Einen Überblick über das Operationsvorgehen und die Besonderheit bzw. Abweichung der Stomalokalisation habe ich im persönlichen Gespräch mit der Oberärztin erhalten. Das Inspektionsstoma ist eine Rarität. Es kommt im Vergleich zu den anderen Stomaanlagen sehr selten vor. Doch die Anlage gibt es und auch sie muss versorgt werden.

2. Definition „Inspektionsstoma“

Das Inspektionsstoma ist ein endständiges Jejunostoma, das im rechten Oberbauch ausgeleitet wird. Es kann nach problematischen Gallengangrekonstruktionen einer terminolateralen Hepaticojejunostomie vorgeschaltet werden. In der Regel wird ein Stoma zum Zwecke der Stuhl- oder Urinableitung aus dem Körper angelegt. Dabei spricht man von einem Deviationsstoma. Das Inspektionsstoma dagegen dient als Zugangsmöglichkeit zum Anschauen oder zur Therapie einer im Körper befindlichen Situation. In primärer Absicht

steht also nicht die Ableitung sondern das Vorhandensein einer Öffnung.

3. Hintergrund

Aus spät erkannten oder inadäquat behandelten Gallengangstrikturen, -stenosen oder -verletzungen können chronische bzw. lebensbedrohliche Komplikationen (Cholangitis, Sepsis, Zirrrose, portale Hypertension, Leberabszeß) resultieren. Das kann für den Betroffenen einen jahrelangen Leidensweg bedeuten, denn eine Gallenabflussstörung führt zu Schmerzen, Nahrungsmittelunverträglichkeiten in Bezug auf Fett und einem quälenden Juckreiz auf der Haut. Ein dauerhafter Verschluss in den großen Gallengängen ist mit dem Leben nicht vereinbar. Zunächst kommt es zu einem Ikterus und schließlich zu einem Leberversagen. Die Beseitigung der Blockade erfordert dringend medizinische Maßnahmen. Oftmals sind Gallengangresektionen mit aufwendigen operativen Rekonstruktionen nötig. Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung ist immer ein interdisziplinäres, interventionell – endoskopisch – chirurgisches Vorgehen.

4. Problemstellungen

Rezidiveingriffe an den zentralen Gallengängen zur Beseitigung von Stenosen als Folge iatrogenen Verletzungen oder von Insuffizienzen vorausgegangener Anastomosen sind wiederum mit einem hohen Risiko einer (Rezidiv-) Stenose behaftet. Gleiches gilt für primäre Anastomosen nach neoadjuvanter Radiochemotherapie bei Gallengangkarzinomen. Bereits ohne komplexe oder lokal erschwerte Bedingungen wird die Rate von Stenosen nach zentralen Gallengangrekonstruktionen mit einer Häufigkeit von 10-20% in der Literatur angegeben (Neuhaus, 2000). Diese (Rezidiv-) Stenosen können sich auch

bei unkompliziertem Verlauf und einwandfreier Fertigung einstellen.

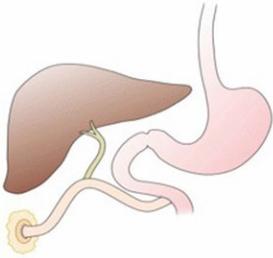
5. Indikationen zur Anlage eines Inspektionsstomas

Die Autoren Knorr, Kastl, Hohenberger, haben 2006 in ihrem veröffentlichten Erfahrungsbericht deutlich gemacht, dass für die Chirurgie der extrahepatischen Gallenwege das Inspektionsstoma sehr unterschiedlich bewertet wird. Der von ihnen beschriebene Eingriff sollte in jedem Falle Ausnahmeindikationen vorbehalten sein und nicht rein prophylaktisch durchgeführt werden, um eventuelle operative Unsicherheiten zu kompensieren.

6. Operationsmethode

Die Anlage eines enterokutanen Stomas als Inspektionsstoma nach komplexer Gallengangrekonstruktion wurde 1984 von den Amerikanern Hutson, DG. und Russell, E. erstmals beschrieben. Das Verfahren wurde danach mehrfach modifiziert. Nachfolgend wird die Operationstechnik vorgestellt, die von den deutschen Chirurgen Knorr C., Kastl S. und Hohenberger W. 25 mal an der Universitätsklinik Erlangen im Zeitraum 03/1995 – 07/2006 durchgeführt wurde und die ihre Erfahrungen darüber veröffentlicht haben. Nach der Gallengangresektion führten sie die Rekonstruktion als terminolaterale Hepaticojejunostomie in 5 – 0 – PDS Einzelknopfnähten mit einer nach Roux – Y ausgeschalteten Jejunalschlinge durch. Die biliodigestive Anastomose mit dem Gallengang wurde etwa nach 40cm proximal des Schlingenendes angelegt. Damit entstand eine neue Kurzschlussverbindung zwischen dem Ductus choledochus und dem Jejunum und der Gallenfluss war wieder hergestellt. Das andere Schlingenende wurde nach Exzision der Haut durch die Bauchwand

mobilisiert, wobei die Platzierung vom Zugangsweg der Laparotomie so gewählt wurde, dass daraus ein gut zu versorgendes Stoma resultierte.



7. Vor- und Nachteile eines Inspektionsstomas

Vorteile

Die Ausleitung eines Jejunumschenkels nach Hepaticojejunostomie als Inspektionsstoma bietet die Möglichkeit eventuell (wieder-) auftretende (Re-) Stenosen frühzeitig zu erkennen und auch ggf. endoskopisch zu behandeln. Ohne das Inspektionsstoma wäre eine interventionelle Therapie nur durch perkutane transhepatische Dilatation bzw. Stent Applikation angebar; mit den nicht unerheblichen Risiken wie Blutung, punktionsbedingte Fistelverbindung, infiziertes Hämatom und Abszessbildung. Ein weiterer wichtiger Effekt ist die Druckentlastung der Anastomose, welche der Entwicklungen von Rezidivstenosen vorbeugt. Dieser Druckanstieg wird begünstigt durch die postoperative Darmatonie und der damit verbundenen Stauung von Darminhalt bis an die Anastomose.

Nachteile

Manche Patienten fühlen sich durch das Dünndarmstoma stigmatisiert. Die subcostale Stomaposition im Oberbauch ist eher ungünstig gelegen. Die Nähe des Rippenbogens und unter Umständen des Sternums, sowie Narben von vorausgegangenen Operationen können die Versorgung mit Stomamaterial erschweren. In der ersten postoperativen Phase ist ein anfänglicher Flüssigkeitsverlust von 800 – 1000 ml täglich zu kompensieren. Dabei handelt es sich überwiegend um Gallensekretion.

8. Unterschied zu anderen Stomaanlagen

8.1 Stomamarkierung

Das Inspektionsstoma wird bei einem geplanten Eingriff präoperativ markiert. Eine optimale Stomalokalisation

bildet die Voraussetzung für eine sichere Selbstversorgung und die Prophylaxe von Komplikationen. Sie erfolgt grundsätzlich durch den Arzt, kann aber entsprechend interner Regelung mit der Stomafachkraft besprochen oder auch an sie delegiert werden. Der Arzt definiert die Lokalisation: Beim Inspektionsstoma ist es die subcostale Lage im Oberbauch, meist rechts, in Ausnahmefällen auch links. Die besondere Schnittführung bei der Operation ist zu bedenken. Es wird ein Rippenbogenrandschnitt eventuell beidseits und mit Ausdehnung in den sternalen Bereich ausgeführt. Bauchfalten müssen bei der Markierung beachtet werden. Es sollte eine 10x10 cm große, glatte Fläche eingehalten werden. Auch sind Kleidergewohnheiten zu berücksichtigen. Die Markierung erfolgt mit einem Hautmarker (wasser- und alkoholfest), zuvor ist sie noch im Stehen, im Sitzen und beim Bücken zu überprüfen. Der Patient wird in die Markierung mit einbezogen, ihm wird Zeit für seine Fragen gegeben.



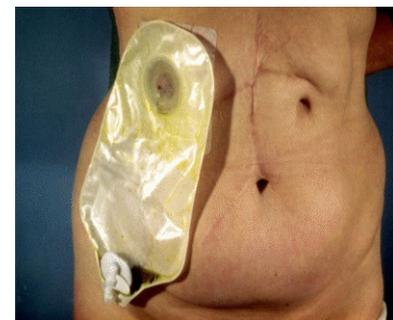
8.2 Versorgung eines Inspektionsstomas

Das Inspektionsstoma ist als endständiges Jejunostoma ausgeleitet. Es gibt nur eine Darmöffnung auf der Bauchdecke. Die Position dieses Stomas liegt im Oberbauch und ist somit für eine Versorgung eher ungünstig gelegen. Die Nähe des Rippenbogens und unter Umständen des Sternums, sowie Narben von vorausgegangenen Operationen bieten dem Hautschutzmaterial erschwerte Bedingungen für die Haftung. Das Jejunostoma sollte mindestens 0,5 cm prominent angelegt sein. Die Ausscheidung ist flüssig durch den hohen Anteil an Galle und Verdauungssäften. Verdauungsenzyme sind der Haut gegenüber sehr aggressiv und

führen bei Kontakt mit ihr unweigerlich zu erheblichen Schädigungen wie Irritation und Mazeration. Grundsätzlich entspricht die Versorgung, einer endständigen Ileostomie. Bei sehr flüssiger Ausscheidung bedarf es jedoch einer individuellen Abwandlung. Urostomie- oder Fistel-, Drainagebeutel können hier eine Lösung sein:

- Urostomiebeutel wegen ihrer Rücklaufsperrbar, doch nur bei flüssiger Gallenausscheidung ohne feste Bestandteile, sie haben einen Ablaufhahn, der durch eine Markierung (auf/zu) leicht zu öffnen und zu schließen ist
- Fistel- und Drainagebeutel wegen ihres besonders resistenten Hautschutzes gegenüber aggressiven Ausscheidungen, es gibt sie in verschiedenen Größen, sie haben somit Kapazität auch für hohe Ausscheidungsvolumen, ein einfach zu bedienender Auslaufstutzen erleichtert die Entleerung, für feste Ausscheidungen kann dieser abgeschnitten

und der Beutel mit einer Klammer verschlossen werden.



8.3 Ausscheidung

Das Inspektionsstoma scheidet - primär unbeabsichtigt - überwiegend Gallensekret aus. Auch intermittierende Passa-

Bilder: Martina Haußmann

gestörungen, Diarrhoen und unverdaute Nahrungsreste sind möglich. Anfänglich kann es zu einem Flüssigkeitsverlust bis zu 1000 ml kommen, später reduziert sich die Menge auf 250 – 500 ml pro Tag, da die postoperativen Schwellungen zurückgehen und der Großteil des Jejunalsekretes seinen natürlichen Weg ins Ileum findet. Blähungen oder Geräusche wie bei anderen Stomapatienten treten nicht auf (Fleischmann, 2004). Die Roux-en-Y Hepaticojejunostomie mit Inspektionsstoma stellt eine Umleitungssituation dar für das Gallensystem, der Stuhltransport nimmt jedoch seinen physiologischen Verlauf.

8.4 Ernährung

Grundsätzlich ist die Verträglichkeit der Nahrung von der Art des Stomas, der Erkrankung und der individuellen Empfindlichkeit des Stomaträgers abhängig. Bei Gallenblasen- bzw. Gallenwegerkrankungen gilt im Besonderen:

- die tägliche Fettzufuhr sollte auf ein Minimum des Tagesbedarfs reduziert werden und außerdem durch höherwertige Fette wie z. B. Omega-3-Fettsäuren oder MCT-Fette ersetzt werden
- für eine bedarfsdeckende Flüssigkeit- und Elektrolytgabe ist zu sorgen
- eine regelmässige Vitamin B12 Kontrolle und Substitution ist durchzuführen.

8.5 Akzeptanz

Patienten die zur stationären Aufnahme für eine Operation an den Gallenwegen kommen, rechnen primär nicht mit einer Stomaanlage. Für die mentale Akzeptanz eine deutlich schlechtere Voraussetzung als bei Darmerkrankungen. Die vergleichsweise ungünstige Stomaposition subcostal im Oberbauch erschwert das Kaschieren der Beutelversorgung. Es steht kein Informationsmaterial zur Verfügung. Den Stomatherapeuten kommt die Aufgabe zu, nicht nur den Betroffenen und seine Angehörigen sondern auch die Pflegenden auf den Stationen und im häuslichen Bereich im Umgang mit dem Inspektionsstoma zu informieren und zu schulen. Die optimale Versorgung des Patienten setzt eine gute Kooperation von Chirurgie und Stomatherapie voraus.

8.6 Stomarückverlagerung

Beim Inspektionsstoma handelt es sich immer um eine temporäre Anlage, die

in der Regel nach ca. einem Jahr rückverlagert wird. In einer Re-Operation wird der ausgeleitete Jejunumschenkel aus der Haut ausgelöst, nachgekürzt und häufig mittels eines Linearstaplers blind verschlossen.

9. Zusammenfassung

Geduld ist gefragt in der Behandlung von Gallenwegerkrankungen und -verletzungen. Spezialisierte Zentren und erfahrene Ärzte finden sich nicht unbedingt in Wohnortnähe. Zwischen Diagnosestellung und dem Behandlungsabschluss kann ein langer beschwerdereicher Weg liegen. Eine Operation am Gallenwegsystem ist Mikrochirurgie. Strikturen und Stenosen an dem feinen Geflecht infolge von Entzündungen, Vernarbungen und Verletzungen können nicht nur früh postoperativ, sondern auch noch Monate bzw. Jahre später nach dem Eingriff auftreten. Jede weitere Folgeoperation steigert das Risiko. Das Inspektionsstoma ist und bleibt ein Exot unter den Stomaanlagen. Die Indikation wird streng gestellt und ist nur bestimmten Ausnahmesituationen vorbehalten. Doch es ist gut zu wissen, welche Bedeutung dieser Stomaanlage zukommt. Für den Fall, dass man als Stomatherapeut(in) einmal damit konfrontiert wird.

10. Literaturverzeichnis

Buch

De Gruyter, W. (2004) Pschyrembel Klinisches Wörterbuch, 260. Auflage

Gruber, G., Droste, W. (2009) Sektorenübergreifender Leitfaden Stomatherapie, Bickl Druck e.K.

Schoppmeyer, M. (2007) Anatomie und Physiologie, Urban Fischer Verlag

Stoll-Salzer, E., Wiesinger G. (2005) Stomatherapie, Thieme Verlag

Fachzeitschrift

Knorr, C., Hohenberger, W., Der Chirurg 76, S 575-580
 Matzel, K. E., Kastl, S. (2005) Das Inspektionsstoma nach komplexen Rekonstruktionen an den zentralen Gallengängen, Knorr, C., Kastl, S., Der Chirurg 85, S 624-630
 Hohenberger, W. (2006) Anlage eines

Inspektionsstomas bei komplexen Rekonstruktionen an den zentralen Gallengängen
 Kraas, E., Frauenschuh, D. (2001) Der Chirurg 72, S 378-388
 Chirurgie der Gallenblase und Gallenwege durch MIC
 Neuhaus, P., Schmidt, S.C., Der Chirurg 71, S 166-173
 Hintze, R.E., Adler, A., Veltzke, W., Einteilung und Behandlung von 32 Raakow, R., Langrehr, J.M., Gallengangverletzungen nach Bechstein, W.O. lapraskopischer Cholecystektomie
 Fleischmann, A. 2004 MagSi 35, S 13 u.14

Weblink

- www.springerlink.com/content/b6lje23c6gphp1wf/ 24.08.2006
- de.wikipedia.org/wiki/Galens%C3%A4uren 17.08.2010
- www.netdoktor.de/Diagnostik+Behandlungen/laborwerte.... 17.08.2010
- de.wikipedia.org/wiki/Galle 21.08.2010
- www.pflegewiki.de/wiki/Gallenblase.... 21.08.2010
- www.dr-gumpert.de/html/gallenblase.... 21.08.2010
- www2.uni-jena.de/erzwiss/projekte_2004/martin_laudenbach... 21.08.2010
- de.wikipedia.org/wiki/Endoskopisch_retrograde_Cholangio... 29.08.2010
- de.wikipedia.org/w/index.php?title=Perkutane_trans... 08.10.2010
- www.chirurgie-frankfurt.com/de/anastomose.... 31.10.2010
- gesundheit.germanblogs.de/archive/2009/09/14/vitamin-b12... 15.11.2010



Martina Haußmann
 Königsgasse 15/1
 89129 Langenau
 Tel.: 07345-5712

Rundum gut
gestützt.



KOSTENLOSE
HOTLINE
**0800
7090490**

SUPPORTX Easy Peel

Die zuverlässige
Stoma-Bandage

Einfaches Schließsystem –
speziell für Patienten mit
eingeschränkter Beweglichkeit

Gleichmäßige Druckverteilung
ermöglicht hohen Tragekomfort

Anti-Roll-Gummizüge verhindern
das Verrutschen – auch bei
körperlicher Tätigkeit



SUPPORTX Easy Peel

In Weiß, Schwarz
und Hautfarben

Spezialanfertigung
möglich

In den Größen S, M,
L, XL und XXL



PubliCare 
MediCare

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

 **DBfK**
Deutscher Berufsverband
für Pflegeberufe

Neue DBfK-Broschüre: Generalistische Ausbildung in der Pflege

Berlin, 19. März 2014

„Wir wollen die Pflegeausbildung reformieren, indem wir mit einem Pflegeberufegesetz ein einheitliches Berufsbild mit einer gemeinsamen Grundausbildung und einer darauf aufbauenden Spezialisierung für die Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege etablieren.“ Begleitend zu diesem im Koalitionsvertrag benannten Vorhaben der Bundesregierung hat der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) heute eine Broschüre „Generalistische Ausbildung in der Pflege“ veröffentlicht. Dazu DBfK-Präsidentin Prof. Christel Bienstein: „Es ist unter Fachleuten unbestritten, dass die Anforderungen an die Versorgung im Gesundheits- und Pflegewesen sich rasant verändert haben und weiter verändern werden. Das hat Auswirkungen auf die im Feld handelnden Berufe. Bereits in der letzten Legislaturperiode des Bundestages war eine Reform der Ausbildung in den drei Pflegeberufen angekündigt. Aus Sicht des DBfK ist eine Reform im Sinne einer generalistischen Ausbildung unumgänglich. Alle Akteure sollten hier zusammenwirken, um ein möglichst gutes Ergebnis zu erzielen. Darin liegt eine große Chance.“

Um der Diskussion mehr Substanz und Klarheit zu geben, hat der DBfK diese Broschüre erstellt, in der Expert/innen aus verschiedenen Blickwinkeln und unabhängig von einer Verbandsposition die tragenden Argumente pro Generalistik beleuchten, u.a.:

Generalistische Ausbildung ...

- aus Perspektive der Pflegeforschung – Plädoyer für eine sachliche Debatte über die Qualifikation zur Pflege für Menschen aller Altersgruppen
- in der Perspektive Europa
- aus Perspektive eines Altenpflegers
- aus der Perspektive Pädagogik
- – eine Zukunftsperspektive für die Pflegeberufe?

Die Broschüre ist als Download unter www.dbfk.de/download/download/reader_generalistik_final-2014-03-14-o-Beschn.pdf abzurufen.

Deutscher Berufsverband für
Pflegeberufe e.V. (DBfK)
Alt-Moabit 91
10559 Berlin
Tel.: 0 30 - 2 19 15 70
Fax: 0 30 - 2 19 15 77
dbfk@dbfk.de
www.dbfk.de

NEU

Konvexe
Stomaversorgung
– jetzt auch als
Maxi Beutel
erhältlich

SICHERHEIT, TRAGEKOMFORT, DISKRETION

Novalife Convex 1- und
2-teilig – geschlossen
und als Ausstreifbeutel –
jetzt auch als **Maxi**
Beutel erhältlich

Per, Ileostoma
seit 2009



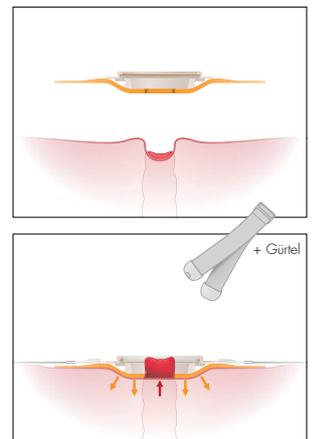
Dansac Novalife Convex

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.

Optimale Anpassung und Haftung

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



NOVALIFE

Dansac GmbH, Kalscheurener Straße 2a, 50354 Hürth
Kostenfreie Service-Nummer Kundenberatung: 0800/560 07 59, www.dansac.de

dansac

"Stoma in Balance"

4. Stoma-Tag im Marienhospital Aachen

Bereits zum vierten Mal konnte PD Dr. med. Carsten J. Krones als Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Marienhospital Aachen den jährlichen Stoma-Tag eröffnen. Neben den ärztlichen Mitarbeitern der Klinik die auch einen großen Teil der Vorträge präsentierten, stand auch der Initiator der Veranstaltung, Jozo Petrovic als Pflegeexperte Stoma, Kontinenz und Wunde als Referent zum Thema: "Parastomale Hernie – Konservative Therapiemöglichkeiten" und zu Fragen der pflegerischen Betreuung von Menschen mit einer Stomaanlage am Rednerpult. Unter dem Motto "Stoma in Balance" stand das diesjährige Vortragsprogramm mit Beiträgen aus verschiedenen Bereichen rund um Menschen mit einem Stoma. Um auch mit künstlichem Ausgang aktiver Bestandteil der Gesellschaft zu bleiben, braucht man versierte Experten an seiner Seite. Das Marienhospital

Aachen hat deshalb mit dem Stoma-Tag einen festen Baustein im Versorgungskonzept von Stoma-Patienten in der Euregio Aachen etabliert. Dieses Mal widmeten sich die Referentinnen und Referenten zunächst den wichtigen Themen „Parastomale Hernie“ mit einem Beitrag von Herrn Dr. med. Niewiera und „Hautschutz und Pflege“ durch Frau Tanja Ristof. Nach einem kleinen Imbiss, bei dem die Referenten und Aussteller auch gerne persönlich zum Gespräch zur Verfügung standen, konzentrierte sich der Nachmittag dann auf die Topics „Aktivitäten und Sport“ von Frau Ristof sowie die „Stoma-Rückverlagerung“ durch Frau Dr. med. Gabriele Böhm. Abgerundet wurde das Programm mit Tipps zu „Kostenübernahme und Pauschalen“ von Herrn Stefan Rademacher. Der Stoma-Tag 2014 widmete sich den wichtigen Themen aber nicht nur mit ausgesuchten Referenten sondern auch mit einer spannenden

Produktmesse. Hier beteiligten sich Hersteller von Stomaversorgungsprodukten sowie regionale und überregionale Fachhandelsunternehmen mit ihren Leistungsangeboten. Zwei Organisationen der Selbsthilfe standen den Betroffenen und ihren Bezugspersonen vor dem Vortragsraum an ihren Informationsständen Rede und Antwort. Die Regionalgruppe der Deutschen ILCO stellte die Arbeit und das Beratungsangebot der klassischen Selbsthilfe für Stomaträger und Darmkrebsbetroffene vor. Am Info-Stand des Selbsthilfe Portals Stoma-Welt.de erfuhren die Interessierten alles über das Internet-Forum für Stomaträger und die Möglichkeiten der Selbsthilfe in diesem Medium. Die Veranstaltung bot vor allem den betroffenen Patienten und ihren Bezugspersonen ein aktuelles Update über etablierte Standards und neueste Entwicklungen in Therapie, Pflege, Beratung und Versorgung von Menschen mit einem Stoma. Die teilnehmenden Stomaträger und ihre Begleitungen zeigten sich durchweg sehr zufrieden mit den angebotenen Vorträgen in leicht verständlicher Sprache trotz hochkomplexer medizinischer und pflegerischer Themenbereiche. Immerhin zählten die Organisatoren an diesem Tag mehr als 120 Teilnehmer im Veranstaltungsraum des Zentrums für Gesundheitsförderung-ZGF am Marienhospital Aachen. Am Rande der Veranstaltung wußte der Pflegeexperte der Klinik, Jozo Petrovic von der regen und ansteigenden Inanspruchnahme der Stoma-Hotline des Marienhospitals Aachen zu berichten. Diese erst vor kurzem geschaffene Möglichkeit der telefonischen Beratung nutzen Menschen mit einem Stoma in Aachen immer häufiger.

DEUTSCHE ANGESTELLTEN-AKADEMIE

wissen wandeln wachsen
weiterbilden • weiterkommen

■ **Pflegeexperte Stoma-Kontinenz-Wunde**
in Kooperation mit der FgSKW sowie WCET und ICW
berufsbegleitend (1 Jahr) Beginn: 12.01.2015 – 11.12.2015
Vollzeit (7 Monate) Beginn: 19.01.2015 – 14.08.2015

■ **Refresher** für weitergebildete Pflegeexperten
Kurs 1: 25.04.2014 – 27.04.2014 **Kurs 2:** 11.07.2014 – 13.07.2014
Kurs 3: 24.10.2014 – 26.10.2014

Deutsche Angestellten-Akademie GmbH
DAA Kassel • Fachbereich Gesundheit und Soziales
Angersbachstraße 4 | 34127 Kassel
Telefon: 0561 80706-0/-153
E-Mail: andrea.schmidt-jungblut@daa.de

www.daa-kassel.de

DAA
Bildung schafft Zukunft

Die Stoma-Hotline erreichen Betroffene immer mittwochs von 12:00 – 13:00 Uhr (außer an Feiertagen) telefonisch unter: 02 41/60 06 - 22 06

Alle Infos unter: www.marienhospital.de
Aufgrund des großen Erfolgs wird es 2015 auch wieder einen Stoma-Tag am Marienhospital in Aachen geben.



Werner Droste



Über mich, meine Krankheit, und die Kängurufreunde!

Ich heiße Carsten, bin 42 Jahre alt, verheiratet, mit meiner Jungliebe, mit der ich seit nunmehr 24 Jahren zusammen, und seit Mai 2002 auch verheiratet bin. Kinder haben wir keine, wenn, dann hätten wir 4 gewollt. Mein Leben verlief bis November 2010 mit allen Höhen und Tiefen normal, hatte wieder Arbeit gefunden. Bis zum 22. November ging alles gut, ab da änderte sich mein Leben innerhalb von 14 Tagen, grundlegend.

Kurz beschrieben:
Ich wurde ins Krankenhaus überwiesen, weil ich am Morgen des 22. November auf bei der Arbeit umkippte, mein Hausarzt sich keinen Reim drauf machen konnte und mich ins Krankenhaus schickte. Dort angekommen stellte man nach ersten Untersuchungen in der

Notfall-Ambulanz gleich mal die erste Diagnose, akute Blutarmut. Der Wert war so niedrig, (der HB-Wert lag bei 7,5) dass man zu mir sagte „mit heute oder morgen wieder nach Hause, daraus werde wohl nichts.“ Ich kam auf die Station und von da ging es Schlag auf Schlag, von der Begutachtung gleich mehrerer Ärzte und deren anschließender Befragung nach, z. B. „gibt es oder gab es Jemanden, der an Krebs verstarb, in ihrer Familie“ ich antwortet mit „Ja“ meine Mutter im Jahre 1983, im Alter von 33 Jahren. Das ging eine Weile hin und her, bis sie aus allen Erzählungen von mir, eine erste Diagnose wagten, es könnte Darmkrebs sein, der eine familiäre Ursache haben könnte, dass wolle man genauestens abklären und mich dafür nach Hannover in die MHH überweisen.

Das wurde Gott sei Dank nicht gemacht. Ach so, der Hammer war, der erste Arzt, der mich in der Notfallambulanz untersuchte, war so schockiert, über den sehr niedrigen Hämoglobin-Wert, das er mich für 4 Tage auf Diät setzte, und ich nicht viel zu Essen bekam. Der Marathon begann am Dienstag, mit einer ersten Magenspiegelung, gefolgt von einer Darmspiegelung tags drauf, also Mittwoch. Dazwischen bekam ich schon mal eine von insgesamt 6 Blutkonserven. Die Besprechung beider Untersuchungen war dann für mich der Tag der Offenbarung, denn jetzt holte mich mein Versäumnis ein, das ich die letzten 10 Jahre versäumt hatte, mich untersuchen zu lassen. Das erste war, dass die akute Blutarmut über einen längeren Zeitraum stattgefunden hat, ohne dass man es mit bloßem Auge hätte gleich erkennen können. Dann wurde die Ergebnisse von der Stuhlprobe auf okkultes oder verstecktes Blut, dem CT, Röntgen, Ultraschall, der Magen- und Darmspiegelung aufgeschlagen. Ich sah nur die Bilder der Darmspiegelung und mir zog es den Boden unter den Füßen weg, der Kloß im Hals, den ich da hatte, konnte ich nicht schlucken, denn ich ahnte gleich das sieht nicht gut aus. Alle Ergebnisse waren soweit gut, aber das für die Dickdarmspiegelung nicht. Sie meinte nur, man konnte keine normale Darmschleimhaut mehr erkennen, auch seien Polypen aller Größen vorhanden. Proben wurde nicht genommen, weil man nicht wusste von wo und welchem Polypen, weil die alle gleich aussahen, schwarz. Die Bilder ließen keinen anderen Schluss zu, als das es sich um Karzinome handelte, wie viele und wie weit sie ausgeprägt sind, das kann man erst nach einer Operation sagen.



Startseite des Portals kaengurufreunde.de

Bilder: kaengurufreunde.de

Ich bekam am Freitag, es war der 26. November, noch eine weitere Blutkonserven, die 2te von insgesamt 6 Konserven. In der zweiten Woche wurde mir das Prozedere der Op, und das, was man machen wolle, erklärt und ich besuchte erstmals in meinem Leben eine Stomatherapeutin. Die war so einfühlsam, wie es eben nur ging und als sie mir alles erklärte, liefen mir nur die Tränen, weil alles zusammenbrach bei mir, das war einfach zu viel für mich. Ich habe bis dahin immer auf der Überholspur gelebt, wenn ich mal gestolpert bin, stand ich wieder auf, aber jetzt, das war was völlig anderes. Denn ich sollte vorübergehend ein Stoma bekommen und einen J-Pouch, bis dahin hatte ich nie was von diesen Begriffen gehört, noch verstand ich nicht, was da mit mir gemacht wurde. So ging ich am 2. Dezember in die Op, in der ich meinen kompletten Dickdarm verlor, mir ein Stoma und ein Pouch angelegt wurde.

Ungefähr 14 Tage nach Op, ich lag bereits auf der Station und lief wieder, kam der Professor, der mich operierte, um mir das Ergebnis aus der Pathologie zu übermitteln. Es hatte sich bestätigt, 2 Karzinome, die nicht durch die Darmwand gewachsen sind, keine Metastasenbildung, Lymphknoten waren auch nicht befallen, andere Organe, ebenfalls nicht. Aber es war Darmkrebs bei mir, der einen erblichen Hintergrund hat, nämlich, die Familiäre Adenomatöse Polyposis. Der Professor meinte, so, ich würde sie gerne als geheilt entlassen, weil das Organ sauber entfernt wurde, es keine Metastasen gab und nichts anderes befallen ist, aber das könne er nicht, weil ich es durch die FAP nicht bin. So wurde ich dann am 17. Dezember 2010 entlassen, und ging in mein neues anderes Leben, in das, als ein Känguru (Stomaträger). Zunächst war die Stomaanage vorübergehend geplant, das heißt, ich hatte von Dezember 2010 bis 25. März. 2011 ein doppel-läufiges Ileostoma gehabt. Mir hatte man ja im Dezember, als ich mein Stoma bekam auch zeitgleich (die OP-dauerte 8 Std.) einen Pouch angelegt. Dieser Pouch wurde aus einer Dünndarmschlinge erschaffen, und hat die Form eines J's. Der richtige Namen ist: „Ileoanaler J-Pouch“. Denn mein Ziel war zu diesem Zeitpunkt immer noch gewesen, ein Leben ohne Beutel auf dem Bauch, zu führen, aber es kam alles anders.

Die Idee hatte ich im Frühjahr 2011 gehabt, ein Selbsthilfeforum zu gründen, aber die Umsetzung erfolgte erst später. Den Entschluss, durchzustarten, fasste ich dann nach dem Fotoshooting und dem im darauffolgenden Jahr erschienenen Kalender von Coloplast. Dadurch, dass ich mich getraut hatte, mich dafür zu bewerben, habe ich ein Stück Selbstvertrauen zurückgewonnen. Denn im März/April 2011 hatte ich meine Rückverlegung des Stoma gehabt, die eigentlich gut verlief, aber innerhalb von 5 Tagen kam es zu Komplikationen, mit Krämpfen und mehrmaligem Übergebens. Zu diesem Zeitpunkt konnte der Grund noch nicht ausgemacht werden. So entschloss man sich, nach Rücksprache mit mir, zu einer Not-Op. Hinterher stellte sich heraus, es war ein Darmverschluss, den, wenn er nicht in der Nacht zum 01. April operativ entfernt worden wäre, ich nicht überlebt hätte laut den operierenden Ärzten. Als ich dann zum Fotoshooting im August 2011 eingeladen wurde, war diese Not-Op und das Drama drum herum gerade mal 4 Monate her. Ich lebe heute mit einem endständigen Ileostoma und habe immer noch meinen Pouch, der mir die Möglichkeit gibt, eine weitere Rückverlegung irgendwann anzugehen. Dass ich dann am Shooting teilnehmen konnte, verdanke ich nicht nur den Ärzten, sondern auch meiner Frau, die immer nur einen Satz zu mir auf dem Intensivzimmer sagte, "Wir schaffen das, du bist nicht alleine". Daher war das für mich was Besonderes, die Teilnahme an diesem Shooting. Der Kalender erschien im Jahr 2012, und als ich von Freunden, Verwandten, und meiner Familie und anderen Betroffenen positiven Zuspruch bekam, machte ich mich an die Arbeit, dem Selbsthilfeforum Gestalt zu geben.

Wichtig war mir dabei, anders als vorhandene Selbsthilfeforen zu sein. Das sollte sich auch bei der Wahl des Namens bemerkbar machen, denn erst auf den zweiten Blick offenbart sich Einem, was sich hinter dem Namen „Kängurufreunde“, wirklich verbirgt. Aber eigentlich habe ich es meiner Frau zu verdanken, dass der Name auf ein australisches Beuteltier fiel, denn auch sie haben ja einen Beutel, genau wie wir Stomaträger und was lag da näher, als es nach den echten Kängurus zu benennen. Da ich meinen Stoma durch einen seltenen erblichen Darmkrebs der fami-

liären adenomatösen Polyposis (FAP) bekam, und es noch zu wenige Selbsthilfeforen zu diesem Thema gibt, war dies mit einer der Hauptgründe, die zu der Gründung führten. Damit dieser seltene Erbliche Darmkrebs (FAP) wenigstens in der Öffentlichkeit, nicht mehr als selten angesehen wird. Und am 08. Mai 2013 war es dann soweit, und mit den Kängurufreunden erblickte ein weiteres Selbsthilfe-Forum das Licht der Internetwelt. Das sich bis zum jetzigen Zeitpunkt recht erfolgreich entwickelt, und gut angenommen wird, auch und ich denke gerade, wegen dem ungewöhnlichen Namen „Kängurufreunde“ und dem Gefühl, dass es eine Familie ist. Der nicht gleich verrät, sondern erst beim zweiten Hingucken, um was es geht. Ich biete zu dem Austausch im Forum, auch jeden ersten Mittwoch im Monat Thementage an. Das Ganze findet im Live-Chat, bei dem man sich nicht sieht, sondern nur schreibt, statt. Das Thema des kommenden Thementages ist das Thema „Krebs“ und findet am 05. März um 14:00 im Chat der *Kängurufreunde.de* statt. Daneben gibt es während der Woche also Montag bis Freitag in der Zeit von 16:00 -18:00 Uhr die Möglichkeit einer Sprechstunde. Da bietet sich jedem Betroffenen also auch Kängurus (Stomaträger/-innen), Angehörigen die Gelegenheit, Informationen, Erfahrungen auszutauschen und daneben über Probleme, mit der Stomaversorgung zu reden. All das kann zurzeit nur Mitgliedern angeboten werden, da Gäste diesen Chat nicht benutzen können, das bedauere ich sehr, aber auf der anderen Seite muss ich auch die Privatsphäre der Mitglieder, sowie deren persönliche Krankheitsgeschichten berücksichtigen.

Wichtiger Hinweis: Der wird von Betroffenen und keinen Fachkräften wie Stomatherapeuten/-innen, Arzt/Ärztin, Krankenschwestern oder anderen Fachkräften aus dem Pflegebereich veranstaltet. Wer Interesse hat, der schreibt eine E-Mail an: kontakt@kaengurufreunde.de



Viele Grüße, Carsten

Erstzertifizierungsveranstaltung der FgSKW e. V. in München oder das Woodstock der Stomatherapie:

„Gehe nicht, wohin der Weg führen mag, sondern dorthin, wo kein Weg ist, und hinterlasse eine Spur.“

- Jean Paul

Wer immer nur ausgetretene Wege geht kann keine Spuren hinterlassen.

Die Fachgesellschaft hat im Spätherbst 2013 im Rahmen einer Erstzertifizierung eine Fortbildungsveranstaltung für StomatherapeutInnen in München angeboten.

Zuerst war ich sehr skeptisch, was das jetzt wieder soll? Qualitätsmanagement, Zertifizierung, Handlungsanweisungen, Gesetze usw.. Wir hatten ja schon mal so was Ähnliches, damals in Essen.

Da wurden auch die StomatherapeutInnen zum Thema Inkontinenz nachqualifiziert. Es dauerte eine Woche und bis heute habe ich kein Zertifikat erhalten.

Auch die staatliche Anerkennung die uns damals in Aussicht gestellt wurde, fehlt mir bis heute.

Meinen Führerschein, der immerhin ein staatlich anerkanntes Dokument ist, habe ich auch 1973 gemacht und wurde niemals nachqualifiziert. Habe aber auch einige Strafzettel bekommen. Ich war also etwas auf Konfrontationskurs, als ich mich zur Veranstaltung anmeldete. So begab ich mich ins Adolf-Kolping Ausbildungshotel München und harrete der Dinge, die da kommen würden.

Es waren viele gestandene Kolleginnen aus den verschiedensten Bereichen der

Stomatherapie da. Schon die Begrüßung untereinander war sehr herzlich.

Frau Ch. Langguth Kuhlmann, meinte das ist ja hier wie Woodstock, und Frau G. Hofmann und ich bezeichneten die Veranstaltung als Dino-Treffen.

Also alle Täter an einem Tisch: Klinische, Ambulante, Selbständige, Reha, Krankenkassen und einige Zwitter (selbständig und angestellt), außer im Dozentenbereich waren wir eine reine Frauenriege.

Nach der Begrüßung und Vorstellung des Fortbildungskonzeptes durch Herrn W. Droste starteten wir in ein mir nicht so liebes Thema. Frau G. Gruber schritt tatkräftig ein und präsentierte uns sehr anschaulich und professionell die sich seit einigen Jahren verändernden Strukturen und Aufgaben und die daraus resultierenden Anforderungen in unserem Arbeitsalltag. Sie erläuterte sehr anschaulich die Dreiecks-Beziehungen zwischen den sozial-gesetzlichen Hintergründen und den Beziehungen, zwischen Krankenkassen deren Vertriebspartner (Leistungserbringer) und den Versicherten. Ich möchte es als das „magische Dreieck“ bezeichnen. So langsam wurde meine Stimmungslage besser und mein Interesse war geweckt. Ich sah nicht nur Anforderungen, sondern auch Chancen. Herr W. Droste stellte den

Gesundheitsmarkt vor, erklärte uns weitere Strukturen und relevante gesetzliche Hintergründe unseres Gesundheitssystem und neue interessante Ansätze unseres berufspolitischen Aufgabenbereiches.

Frau B. Sachsenmaier führte uns ausführlich in die Neuerungen der Hygiene und des Expertenstandard „Förderung der Harnkontinenz“ und den relevanten Kontinenzprozess ein. Auch hoch interessant.

Beim Thema Wundversorgung ging es dann ganz heiß her, denn hier klaffen die Realität in der Praxis und die aktuelle Gesetzeslage wohl am weitesten auseinander. Fragen tauchten auf und wurden bearbeitet. Ein Beispiel war: Wie kann man eine parastomale sterile Wundversorgung durchführen, wenn doch das Stoma spätestens nach 48 Stunden als unsteril zu handhaben ist? Auch hier hat sich unser Dozent Herr F. Schümmelfelder wacker geschlagen und neben vielen neuen Dingen, die wir erfahren durften, hat auch er eingeräumt, dass wir uns in der Wundversorgung in einer „rechtlichen Grauzone“ befinden. Für uns in der Praxis ist diese „Grauzone“ jedoch tägliche Realität. Wie entscheide ich richtig zum Wohle der Patienten? Wie sichere ich mich rechtlich ab? Das muss wohl weiterhin

jeder für sich klären. Wir bewegen uns auf sehr dünnem Eis. Vielleicht muss man manche Gesetze erst kennen, um sie dann ganz bewusst zu übertreten?! Herr Gutschick als Gastredner des Bundesverbands der ILCO e. V., stellte die ILCO, deren erweiterte Aufgaben (Darmkrebs) und neue Strukturen vor. Als langjähriges Mitglied der ILCO finde ich die Zusammenarbeit auch hier äußerst wichtig, denn unser Anliegen sind doch sehr ähnlich gelagert. Denn: Gemeinsam sind wir stärker. Neben dem gut durchorganisierten Fortbildungsangebot, waren aber auch die untereinander geführten Diskussionen sehr konstruktiv und aufschlussreich.

Ich habe gelernt: dass Fäden und Reiter ziehen, abschwellende Augentropfen auf die Darmschleimhaut geben, Höllensteinstift usw. in der Ambulanz rechtlich sehr bedenklich sind und wie wichtig die lückenlose Dokumentation ist. Dann habe ich gelernt, dass Ausduschen der Wunden mit Leitungswasser ohne vorgeschalteten Bakterienfilter ein "no go" ist. Auch ein ganz neuer Begriff ist mir untergekommen. Es werden in einer Klinik Unterhautstomas angelegt? Ich habe schon 1983 gelernt, dass das Stoma unter Hautniveau (Retraktion) eine Komplikation ist. Nun ja, manche Informationen dauern etwas länger bis sie bei den Verantwortlichen ankommen. Die Auswirkungen für die Betroffenen sind dem Verursacher wohl gänzlich unbekannt.

Wer sich bis dahin noch in seinem Wolkenkuckucksheim befand, wurde nun wirklich auf den Boden der Tatsachen zurück geholt. Es hat sehr viel Spaß gemacht mit so vielen erfahrenen KollegInnen zusammen zu lernen, zu diskutieren und sich gegenseitig auch zu inspirieren. Wir wissen jetzt wieder, dass wir alle in einem Boot sitzen, da jeder vor Ort Einzelkämpfer ist und trotzdem können und sollten wir gemeinsam nach vorne schauen.

Machen wir weiter, packen wir es an, genau nach dem Motto:

*„Ich sage euch: tanzt, tanzt!
Vor allem aus der Reihe.“*

Christoph Mayr, 1986, österreichischer Aphoristiker

Wir sind nur ein ganz kleiner Teil, in einem sehr großen System, nur wenn wir „aus der Reihe tanzen“, können wir berufspolitisch auf uns aufmerksam machen. Als ich mich entschloss Krankenschwester zu werden, war mir nicht so ganz klar, wie wahr das Wort Dienstleistung in unserem Bereich ist. „Dienen und Leisten“ aber genug ist genug. Wir sollten selbstbewußt und professionell unsere berufspolitischen Ziele verfolgen und durchsetzen. Unseren Patienten raten wir, sie sollen nicht alles als gottgegeben hinnehmen. Da können doch wir mit gutem Beispiel vorangehen. Wir sind nicht nur für unsere Patienten oder Kunden verantwortlich, sondern in erster Linie für uns selbst.

Nur wenn wir selbst richtig über Veränderungen informiert sind, können wir auch KollegInnen, Betroffene und Angehörige gut informieren, denn wir haben in unserem Aufgabenbereich nicht nur Produktinformationen weiter zu geben, sondern auch unserer Beratungs-, Anleitungs- und Informationspflicht nachzukommen. Dem Berufsverband, den Dozenten und allen Teilnehmern sei herzlich gedankt, das war eine der besten Veranstaltungen, an denen ich in meinen über 40 Berufsjahren teilgenommen habe. Die Dinos sind ausgestorben, weil sie zu viel Panzer und zu wenig Gehirn hatten. Lasst uns zusammen unser Gehirn für unsere berufspolitische Zukunft einsetzen. Für Woodstock 1969 war ich noch zu jung, aber von den Woodstock-Legenden leben auch heute noch Einige. Ich hoffe die Woodstock-Stomatherapeuten machen noch weiter und können für die „neuen Wilden“ Ansporn sein ...

Als ich 1974 anfang mich mit der Stomatherapie zu beschäftigen, gehörte ich zu den „jungen Wilden“ die als eine der ersten die Klinik verließ und in ein Sanitätshaus ging. Seither habe ich sehr viele Facetten unserer Arbeit kennen gelernt. Meistens war ich in meinem Berufsleben motiviert, manchmal war ich engagiert, manchmal war ich frustriert, aber immer war ich neugierig, was unseren berufspolitischen Weg angeht. Sehr oft kam ich mir bei Diskussionen oder in Arbeitsgruppen vor wie ein Wiederkäuer mit unendlich vielen Mägen.

Nun – das mit dem „jung sein“ ist 2014 geklärt, dass mit dem „wild sein“ werde ich für mich 2014 noch klären müssen. Fazit: Die Veranstaltung hat Spuren hinterlassen.

Nach vier Tagen konnte ich keine Gesetze, Leitlinien, Empfehlungen usw. mehr hören, und doch es war einfach sehr gut und hoch motivierend! Ich wünsche mir, dass diese Arbeit mit Euch zusammen weitergeht.

„Wer aufhört zu lernen, hört auch auf zu leben.“

– Autor unbekannt



Friederike S. Karg-Straninger
Pflegeexpertin
Stoma - Kontinenz - Wunde

RickysKaro
Friedenspromenade 61a
81827 München
Tel. 089 99016745
info@rickyskaro.de
www.rickyskaro.de



23.-25. Mai 2014

**SoMA-Tagung in München
25 Jahre SoMA e.V. Fachvorträge
und Jubiläumsprogramm**

SoMA e.V.
Nicole Schwarzer
Weidmannstr. 51
80997 München
Fon +49 (0)89 14 90 42 62
Fax +49 (0)89 14 90 42 63
info@soma-ev.de
www.soma-ev.de



1.-4. Juni 2014

**27. Jahrestagung der Deutschsprachigen
Medizinischen Gesellschaft für Paraplegie e. V.
Kloster Banz/Bad Staffelstein**

Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft
für Paraplegie e. V.
www.dmgp.de
www.dmgp.ch
www.dmgp.at
E-Mail: dmgp@conventus.de
www.dmgp-kongress.de



21. Juni 2014, Regensburg

3. Regensburger Stomatag
Universitätsklinikum Regensburg
Franz-Josef-Strauß-Allee 11
D-93053 Regensburg
Telefon: 0941 944-0
Fax: 0941 944-4488
E-Mail: vorstand@ukr.de
www.uniklinikum-regensburg.de



26. Juni 2014, Weltweit

Norma N. Gill Day
WCET Central Office
1025 Thomas Jefferson Street, NW
Suite 500 East
Washington, DC 20007
United States of America
www.wcetn.org



26.-28. Juni 2014

17. Jahreskongress in Bochum
Deutsche Gesellschaft für Wundheilung
und Wundbehandlung e.V.
Glaubrechtstraße 7
35392 Gießen
dgfw@dgfw.de



4. Juli 2014

1. URO-DAY
Manfred-Sauer-Stiftung
Neurott 20
74931 Lobbach
Tel. +49 (0)6226 960 250
Fax +49 (0)6226 960 2515
info@manfred-sauer-stiftung.de
www.manfred-sauer-stiftung.de



18.-20. September 2014 in Gießen

**26. Jahrestagung der Deutschen Gesell-
schaft für Andrologie e. V.**
Conventus Congressmanagement &
Marketing GmbH
Carl-Pulfrich-Straße 1
07745 Jena
www.dga-jahrestagung.de



07.-08. Mai 2014

Bremer Pflegekongress 2013
WFB Wirtschaftsförderung Bremen GmbH
Findorffstraße 101
28215 Bremen
Tel.: +49 (0)421 3505- 0
Fax: +49 (0)421 3505- 3 40
info@messe-bremen.de



AGAPLESION

23. Mai 2014 in Heidelberg

**2. Dreiländerfachtagung: Professionelle
Kontinenzförderung – Argumente,
Antworten und Visionen**
AGAPLESION AKADEMIE HEIDELBERG
Rohrbacher Straße 149
69126 Heidelberg
Tel.: (06221) 319-1631
Fax: (06221)319-1635
Email: info@agaplesion-akademie.de



24.-27. September 2014 in Düsseldorf

**Rehacare
Messe Düsseldorf GmbH**
Postfach 10 10 06, 40001 Düsseldorf
Messeplatz, Stockumer Kirchstraße 61
40474 Düsseldorf
www.rehacare.de



14. und 15. November 2014

26. Kongress 2014, Frankfurt am Main
Deutsche Kontinenz Gesellschaft e. V.
Friedrich-Ebert-Straße 124
34119 Kassel
Tel.: (05 61) 78 06 04
Fax: (05 61) 77 67 70
E-Mail: info@kontinenz-gesellschaft.de
www.kontinenz-gesellschaft.de

MagSi®

MAGAZIN

FgSKW
STOMA
KONTINENZ
WUNDE

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

Erscheinungsmonate: April, August, Dezember

Jahresabonnement zum Bezugspreis von Euro 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. 64 · 04/2014



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



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



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



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



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



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



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

Cohesive® modellierbare Hautschutzringe leisten mehr!

Rasche und besonders
nachhaltige Feuchtig-
keitsaufnahme

Hochresistenter Schutz
vor Unterwanderung
und Leckagen

Präventiver Schutz
bei empfindlicher Haut
oder Irritationen

Alle Eakin Cohesive® Hautschutzringe
gibt es jetzt direkt von Eakin!



NEU SLIMS®

Eakin Cohesive®
Hautschutzringe, groß

Eakin Cohesive®
Hautschutzringe, klein

Eakin Cohesive SLIMS®
Hautschutzringe, dünn

2,1 mm Cohesive®-Stärke
98 mm Durchmesser

4,2 mm Cohesive®-Stärke
48 mm Durchmesser

3,0 mm Cohesive®-Stärke
48 mm Durchmesser

Art.-Nr. 839001
Packung zu 10 Stück
HMV-Nr. 29.26.10.0023
PZN 10280963

Art.-Nr. 839002
Packung zu 30 Stück
HMV-Nr. 29.26.10.0023
PZN 10280957

Art.-Nr. 839005
Packung zu 10 Stück
HMV-Nr. 29.26.11.2031
PZN 10126966

Fordern Sie Ihre Muster an!



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

Diakonisches Institut
für Soziale Berufe



► **PflegeexpertIn Stoma • Kontinenz • Wunde
inkl. Basisseminar Wundexperte ICW**
Beginn: 19. Mai 2014 in **Dornstadt**

► **PflegetherapeutIn ICW / TÜV – Aufbau-seminar**
Beginn: 03. November 2014 in **Dornstadt**

► **WundexpertIn ICW / TÜV – Basisseminar**
Beginn: 16. März 2015 in **Dornstadt**

► **WundexpertIn ICW / TÜV – Basisseminar**
Beginn: 25. März 2015 in **Stuttgart**

Diakonisches Institut für Soziale Berufe, Bodelschwingweg 30,
89160 Dornstadt, Tel.: 073 48/98 74-0, Fax: 073 48/98 74-30
info@diakonisches-institut.de, www.diakonisches-institut.de



Bilder: PhotoDisc

FgSKW
Fachgesellschaft

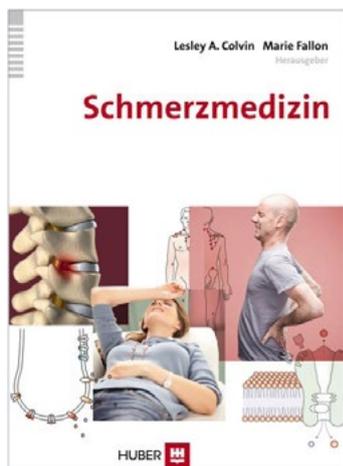
Stoma, Kontinenz und Wunde e.V.

Werben auch Sie neue Mitglieder
für die FgSKW!

Info und Beitrittsformular unter:

www.fgskw.org

Für eine starke
Gemeinschaft in der Pflege!



Herausgegeben von
Lesley A. Colvin / Marie Fallon.
Übersetzt von Ute Villwock

Schmerzmedizin

Schmerzen machen den entscheidenden Teil der gesundheitlichen Beeinträchtigungen aus, und jeder Patient hat Anrecht auf eine effektive Schmerzbehandlung. Die Schmerztherapie entwickelt sich rasant weiter, mit neuen Ansätzen bei Assessment-Techniken, verbesserten Erkenntnissen der Pathophysiologie und Entwicklungen sowohl in pharmakologischen als auch nicht-pharmakologischen Behandlungsstrategien.

Dieses Buch konzentriert sich auf die in der Praxis häufigsten Formen des chronischen Schmerzes wie Rückenschmerzen, muskuloskeletale und neuropathische Schmerzen, behandelt dort aber mit ausführlicher Begründung und anschaulichen Illustrationen die evidenzbasierten Konzepte, die eine moderne Schmerzbehandlung ausmachen. Besondere Kapitel gehen auf viszerale, postoperative, Kopf- und Tumorschmerzen ein sowie auf die Besonderheiten der Schmerztherapie bei Schwangeren, Kindern, alten und drogenabhängigen Patienten. Ausführlich und differenziert wird das Zusammenspiel von psychischen Einflussfaktoren, medikamentöser Schmerzbehandlung, invasiven Maßnahmen, Nervenstimulation, Physiotherapie und komplementären Methoden behandelt. Ein umfassendes, zeitgemäßes und evidenzbasiertes Konzept des Schmerzverständnisses und der Schmerzbehandlung für Nicht-Spezialisten.



Andreas Teubner

Ein Leitfaden für Gesundheitsberufe

Die juristische Fallbearbeitung

Die juristische Fallbearbeitung speziell für Gesundheitsberufe – detailliert, verständlich, übersichtlich und praxisorientiert.

Mit dem vorliegenden Methodenbuch gibt Prof. Dr. Teubner Nichtjuristen einen gut strukturierten Leitfaden zur Erschließung und Bearbeitung rechtlicher Fälle mit dem Schwerpunkt im Gesundheitsrecht an die Hand. Zum besseren Verständnis werden die methodischen Grundlagen jeweils an Beispielfällen erarbeitet und verdeutlicht. Zahlreiche Abbildungen, Checklisten, Subsumtionshilfen und Übungen zur Selbstüberprüfung ermöglichen eine Vertiefung des Gelesenen.

Ideal für Studium und Berufseinstieg! Checklisten, Tabellen, Schemata zum Prüfungsaufbau sowie Lösungen zu den Übungen stehen Ihnen ergänzend im Downloadbereich der Website der APOLLON University Press zur Verfügung.



**HIER
könnte
auch IHR
Buchbeitrag
veröffentlicht
werden.**



Burkhard Paetz

Chirurgie für Pflegeberufe

Chirurgisches Wissen und Pflege in einem!

In diesem Lehrbuch für die Gesundheits- und Krankenpflege finden Sie alles, was für Ihre Ausbildung im Fach Chirurgie wichtig ist.

- Medizinisches Wissen speziell für Pflegende - Beobauungskriterien, Symptome, klinische Befunde und deren Bewertung
- Ausführliche Pflegeschwerpunkte erklären umfassend die pflegerischen Aufgaben bei den wichtigsten chirurgischen Krankheitsbildern
- Zahlreiche Fallbeispiele erläutern praxisnah das Vorgehen im Stationsalltag

Jetzt neu:

- Anforderungen in der chirurgischen Pflege

Ihr idealer Begleiter für Ausbildung und Beruf: Mit dem kompletten Wissen der Chirurgie haben Sie die patientenorientierte Pflege immer fest im Griff!

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

info@fgskw.org

Folgende Weiterbildungsstätten bieten die Weiterbildung zum „Pflegeexperten Stoma Kontinenz 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 Dr. Hiltrud Kleinschmidt
Niddastr. 98 – 102
60329 Frankfurt am Main
Tel.: 069 24 26 05 30
Fax: 069 24 26 05 34
E-Mail: frankfurt@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



Weiterbildungsabschluss an der DAA in Kassel im Dezember 2013

Kassel, im Dezember 2013

Am Donnerstag, den 12. Dezember endete für 17 Teilnehmer der Weiterbildung zum Pflegeexperten Stoma, Kontinenz und Wunde die 1-jährige berufsbegleitende Weiterbildung.

Im abschließenden Kolloquium konnten die Absolventinnen und ein Absolvent Auszüge ihrer Facharbeiten präsentieren und diese im Kolloquium begründen. Für viele noch einmal ein Moment der größten Aufmerksamkeit und Anspannung in dieser höchst anspruchsvollen Fachweiterbildung. Umso größer war dann die anschließende Erleichterung, als die Teilnehmerinnen und der Teilnehmer von der Lehrgangsführung Andrea Schmidt-Jungblut und dem WCET

Delegierten Hanns-Jürgen Markus die begehrten Zeugnisse entgegennahmen. Einmal mehr hat sich gezeigt, dass sich dieses Qualifizierungsangebot an der Deutschen Angestellten Akademie in Kassel großer Beliebtheit erfreut, ist es doch aktuell das einzige Kursangebot in dieser 1-jährigen berufsbegleitenden Ausführung in der Bundesrepublik Deutschland.

Die Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde e.V. wünscht den Kolleginnen und dem Kollegen alles Gute für die weitere berufliche Entwicklung und viel Kraft in der Umsetzung ihrer Pläne am jeweiligen Wirkungsort als Pflegeexperten Stoma, Kontinenz und Wunde.

Werner Droste



Bild: DAA

NEU

Erste WCET Recognition durch FgSKW in Deutschland durchgeführt

Kassel, im November 2013

Die FgSKW e.V. hat aufgrund einer Vereinbarung mit dem World Council of Enterostomal Therapists (WCET) die Aufgabe übernommen, in der Bundesrepublik Deutschland die Prüfung zur Anerkennung einer Weiterbildung nach den Regeln des WCET durchzuführen.

Die Deutsche Angestellten Akademie (DAA) in Kassel bietet seit mehr als 20 Jahren die Weiterbildung zum Pflegeexperten Stoma, Kontinenz und Wunde nach den Regeln des Education Board des WCET an. Dieser bisherige Anerkennungsprozess durch den WCET wiederholte sich alle 5 Jahre als Re-Cognition in englischer Sprache. Jetzt, nach den neuen Vereinbarungen zwischen FgSKW und WCET, erfolgt eine erneute Prüfungsprozedur der Lehrgangsabläufe und Lehrgangstrukturen in deutscher Sprache, die auch eine Ortsbesichtigung durch einen WCET Delegierten vorsieht. Hans-Jürgen Markus hat im vergangenen Jahr diesen Zertifizierungsprozess als WCET Delegierter gemeinsam

mit Andrea Schmidt-Jungblut, der Lehrgangsleitung an der DAA in Kassel durchgeführt. Alle Prüfungen hinterließen im Ergebnis ein Bild der vollen Zufriedenheit des WCET Delegierten und somit stand einer Verlängerung der Anerkennung nichts mehr im Wege. Um dieses Ergebnis auch anschaulich darzustellen, erfolgte im Dezember dann die Übergabe des Zertifikates zur Verlängerung der WCET Anerkennung durch den WCET Delegierten Hans-Jürgen Markus und den amtierenden Vorsitzenden der FgSKW e.V. Werner Droste an die Lehrgangsleitung der DAA in Kassel, Andrea Schmidt-Jungblut.

Die FgSKW e.V. ist sehr zuversichtlich, dass zukünftig auch andere Weiterbildungsinstitute diese Form der internationalen Anerkennung ihrer Weiterbildungsangebote anstreben und so dem Vorbild der DAA folgen werden.

Werner Droste



Confidence[®] Natural



Mit Aloe Vera –
beruhigend, pflegend und
feuchtigkeitsspendend



Die empfindliche Haut um das Stoma benötigt besondere Beachtung und Pflege. Aus diesem Grund beinhalten unsere **Confidence[®] Natural Flexifit[®] Basisplatten den Aloe Vera Extrakt**. Die Aloe Vera Pflanze wird bereits seit tausenden Jahren aufgrund ihrer **hautpflegenden, feuchtigkeitsspendenden und beruhigenden** Wirkung verwendet. Sie kann helfen Schmerzen zu lindern und sorgt für ein angenehmes Hautgefühl.

Die **einzigartige fünfflügelige Flexifit[®] Basisplatte** passt sich, auch bei Bewegungen, optimal an die individuellen Konturen des Körpers an. Diese Eigenschaften **können die Risiken von Undichtigkeiten und Hautirritationen verhindern**. Unabhängig von der Größe und Form des Stomas.

Confidence[®] Natural ist in vielen verschiedenen Größen erhältlich und **verhilft Ihnen zu einem optimalen Tragekomfort**.

Mit dem Engagement von Salts für den Schutz Ihrer Haut ist es **die natürliche Wahl für Ihr Stoma**.



BESTELLEN SIE GERNE KOSTENLOSE PRODUKTMUSTER!



Recognising Salts research into healthy stoma skin



DERMATOLOGICALLY ACCREDITED



SALTS HEALTHCARE

www.salts.co.uk

StomaTec GmbH, Vertriebspartner für Stomaexperten,
Rudolf Diesel-Str. 24A; 49479 Ibbenbüren, Deutschland
Tel.: 05451 501512-0 Fax: 05451 895142
Free call: 0800 501512900
www.StomaTec.de info@StomaTec.de

Zum guten Schluss ...

Der Druck war groß – die Erleichterung auch!

Am Ende war die Erleichterung groß und spürbar, als die letzten Hürden der Fachweiterbildung „Pflegerxperte Stoma . Inkontinenz . Wunde“ Jahrgang 2012-2014 nach der Präsentation der Abschlussarbeiten überwunden waren.

Im letzten Viertel ihrer Weiterbildung stellt die Auswahl und Bearbeitung eines fachrelevanten Themas eine große Herausforderung für die TeilnehmerInnen dar.

In der abschließenden Prüfungswoche müssen sie dann ihre Themen und (Hypo-)Thesen in einem Colloquium "verteidigen" und begründen, darüber hinaus spezielle Fragen der Prüfungskommission beantworten ...

Der neue Kurs (2014-2016) kommt just aus den Startlöchern und konnte am 07. März bereits bei dieser Abschluss-Präsentation miterleben, wie "der Hase läuft" am BZR.

Der Freitag der Abschlusswoche bietet das Forum, einem Publikum von BerufskollegInnen sowie auch Angehörigen und Freunden die geleistete Arbeit zu präsentieren, zu Themen wie:

- die "Versorgung eines Laparostomas mit Dünndarmfistel" (aus der Thematik Wundversorgung),
- über die besonderen Probleme bei "Multiple Sklerose und Inkontinenz... "
- bis zur "Schwangerschaft trotz Ileostomie" aus dem Themengebiet "Stomatherapie".

Alle Jahre wieder, wenn im März die Bauern ihre Rosse (heute: Trecker) anspannen, läuft diese spannende Veranstaltung im Kongress-Gebäude am Bildungszentrum Ruhr in Herne. Zu guter Letzt kann man sagen: es war wieder einmal eine runde Sache mit lehrreichem, einladendem Charakter, nicht zuletzt auch mit Raum und Zeit für neue Begegnungen und viele Wiedersehensfreuden mit alten Bekannten ...

Nun gehen sie wieder in Planung, die 2-jährigen berufsbegleitenden Weiterbildungen, z. B. für den Operationsdienst, die Endoskopie oder auch Onkologie, Psychiatrie und natürlich auch für "Pflegerxperte Stoma - Inkontinenz - Wunde" ... Das Bildungszentrum Ruhr freut sich über wachsendes Interesse!

Thomas Boelker



Auch ein mögliches Motto für eine Weiterbildung...



Auch dabei ... (noch nicht ganz mittendrin): TeilnehmerInnen des neuen WB-Kurses 2014-2016 verfolgen voller Interesse die Präsentationen der diesjährigen AbsolventInnen.



Frau Margret Müthing, Leiterin des Bildungszentrums Ruhr, im Dialog mit einem Teilnehmer über einen selbst entworfenen Flyer, wie sie gelegentlich themenbegleitend (oder auch zum Zweck der Pflegeberatung) entwickelt werden.



- ohne Worte - (nur ja kein Stress!)



Frau Müthing überreicht zusammen mit der Weiterbildungsleitung Frau Veronika Pietzonka einem Teilnehmer das Abschluss-Zertifikat.

Bilder: Thomas Boelker



Fachweiterbildung „Pflegeexperte Stoma . Inkontinenz . Wunde“ Jahrgang 2012-2014

Bildungszentrum Ruhr

Institut für Bildung und Management im Gesundheitswesen

Aufgrund der großen Nachfrage:

Weiterbildung zum Pflegeexperten Stoma • Inkontinenz • Wunde

Start: Februar 2014

inkl. Basisseminar Wundexperte ICW und Schmerzmanagement

In Kooperation mit der 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 spezielle Wundversorgungen qualifizieren.

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

Informieren Sie sich unter
www.bildungszentrum-ruhr.de

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



Neue Welland Stomaprodukte

Die Wegimed GmbH bietet nun auch die Welland Aurum Stomaprodukte mit Manuka Honig als Bestandteil der hydrokolloiden Haftsubstanz an.



Dem Manuka Honig wird eine besonders starke antibakterielle Wirkung zugeschrieben, so, wie es schon aus der modernen Wundversorgung bekannt ist. Welland Aurum als einteilige Kolo-, Ileo- und Urostomieversorgung in verschiedenen Beutelgrößen rundet das vielfältige Produktsortiment von Welland Medical ab.



Neu sind weiterhin die Welland Flair Active Fistel- und Kinderstomabeutel in zwei Größen sowie der Flair Active Post-OP-Beutel ohne Zugangsfenster (hautfarbenes, geteiltes Vlies, bis 90 mm ausschneidbar).



Innovative Stomazubehörprodukte, wie z. B. die Welland alkoholfreie Stomaspaste, das WBF Hautschutzspray, das hydrokolloide Puder und die WBF Hautschutzcreme bieten den Betroffenen und Anwendern ein hochwertiges Sortiment als sinnvolle Ergänzung für eine adäquate Stomaversorgung. Weitere Informationen sowie die Newsletter-Registrierung finden Sie hier: www.wegimed.de

OSTO-EZ-VENT® – STOMAVENTIL

Bei dem Osto-EZ-Vent® handelt sich um ein patentiertes Stoma-Zubehörprodukt, das als Entlüftungsventil für Stomabeutel dient. Viele Stomaträger haben das Problem, dass der in den Beuteln integrierte Filter nicht oder nicht ausreichend eine Beutelentlüftung gewährleistet. Mit Osto-EZ-Vent® haben Betroffene die Möglichkeit, den Stomabeutel manuell bei Bedarf zu entlüften. Damit wird unter anderem auch die Beuteltragedauer verlängert. Das Produkt hat keine Hilfsmittelverzeichnisnummer und ist daher nicht durch die gesetzlichen Krankenversicherungen erstattungsfähig, dient aber als sinnvolle Ergänzung zur Stomaversorgung.



Schauen Sie sich hierzu auch eine ausführliche und bebilderte Anleitung (in englischer Sprache) auf www.kemonline.com/content/howtoattach an. Schneller geht es mit dem unten stehenden QRCode. Einfach mit Ihrem Smartphone einscannen, fertig!



Wegimed GmbH
Eiserfelder Strasse 446
57080 Siegen
Tel.: 0800/934 46 33
Fax: 02 71/70 31 96-20
E-Mail: info@wegimed.de



Neu bei PubliCare, das PubliCare WissWerk

Im vierten Quartal 2013 wurde der Unternehmensbereich WissWerk mit seinem Standort in der PubliCare-Zentrale in Köln gegründet. PubliCare konnte für den Aufbau Martin Broehl gewinnen, der bereits auf Herstellerseite diesen Bereich erfolgreich führte.

Was ist das PubliCare WissWerk?

Das PubliCare WissWerk ist eine **Fortbildungsstätte**, die allen Akteuren offensteht und die eine breite Palette an Fortbildungen zu pflegerelevanten und medizinischen Themen anbietet. Kurse, von qualifizierten, speziell weitergebildeten Dozenten durchgeführt und durch umfassende Schulungs- und Ausbildungsunterlagen vertieft, sichern den Lernerfolg jedes Teilnehmers. Gleichzeitig nutzt PubliCare die Kompetenz von WissWerk auch für die Fortbildung der Mitarbeiter des eigenen Unternehmens. Dadurch sind diese immer auf dem neuesten Stand der Forschung und können eine qualitativ hochwertige, optimale Versorgung in allen von PubliCare und dessen Netzwerkpartnern betreuten Therapiebereichen bieten.

Erste Kurse fanden schon statt und wurden begeistert von den Mitarbeitern besucht und sehr positiv aufgenommen. „Ein wirklicher Mehrgewinn für PubliCare, so der Sprecher der Geschäftsführer Thomas Haslinger, „Es ist wichtig sich immer weiter zu entwickeln und den Qualitätsstandard durch gut geschultes Personal zu sichern.

Weitere Segmente die WissWerk auszeichnen:

Klinikkonzepte: PubliCare/WissWerk unterstützen als spezialisierte Kooperationspartner eine Vielzahl von Kliniken in Deutschland durch bedarfsorientierte Dienstleistungsangebote und begleiten in der klinikspezifischen Umsetzung der unterschiedlichsten Projekte.

Netzwerke: Die PubliCare GmbH und WissWerk fühlen sich als Partner der unterschiedlichsten Einrichtungen, Gesellschaften und Verbände im Gesundheitswesen. WissWerk verzahnt noch enger die Schnittmenge für Betroffene, Kliniken, Pflegeeinrichtungen und Kostenträgern. WissWerk bietet allen Beteiligten eine Plattform, um miteinander in den Dialog zu kommen.

Der Anspruch von PubliCare ist, für Patienten noch mehr zu erreichen - aus diesem Grunde wurde WissWerk gegründet.

Mehr Information finden Sie unter www.wisswerk.de



Die nächste Ausgabe Ihrer

MagSi® Magazin

Stoma · Kontinenz · Wunde

erscheint im August 2014

Herausgeber

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

ISSN 1863-1975

Erscheinungsmo-nate

April, August, Dezember

Redaktionsschluss

1. Februar, 1. Juni, 1. Oktober

Anzeigen- und Beilagenschluss

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

Redaktion + Autorenbeiträge

Brigitte Sachsenmaier
Ziegelstraße 42, 73084 Salach
Fax: (07162)460456
E-Mail: redaktion@fgskw.org

Gestaltung

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

Druck

HEWEA-Druck GmbH
Haldenstraße 15, 45966 Gladbeck
Tel.: (020 43) 46006
Fax: (020 43) 47434
E-Mail: info@heweadruck.de

Anzeigenverwaltung,

Verkauf und Versand

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

Abonnement

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

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

Zielgruppen

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

Bankverbindung

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

Geschäftsbedingungen

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

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

Namentlich gekennzeichnete Beiträge 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.

SenSura® Mio



NEU
AB DEM
1. APRIL 2014

Guter Sitz. Gutes Gefühl.

Stomaversorgung neu gedacht

Der neue SenSura® Mio passt sich aufgrund seines elastischen Hautschutz individuellen Körperformen an und sitzt bewährt sicher. Der lichtgraue Textilstoff fühlt sich gut an auf der Haut und bleibt selbst unter weißer Kleidung diskret. Mit dem innovativen Ringfilter wird ein Aufblähen des Beutels nachweislich reduziert. Für ein noch stärkeres Gefühl von Sicherheit sorgt eine neue, außergewöhnlich flexible Rastringverbindung.

Ab sofort als plane einteilige und zweiteilige Versorgung mit Rastring- oder Klebekopplung erhältlich.

Bestellen Sie noch heute kostenfreie Muster unter www.sensuramio.coloplast.de oder rufen Sie unseren Kundenservice an: 040 66980 777.



SenSura® Mio
1-teilig plan



SenSura® Mio Click
2-teilig plan



SenSura® Mio Flex
2-teilig plan

Für alle Stomaarten:
Kolo – Ileo – Uro

Stomacare

Bandagen für Stomaträger

HMV Pos.-Nr.: 05.11.03.2008

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

Indikationen

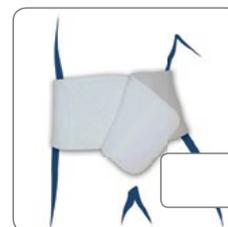
- Bauchdeckenschwäche
- Hernie im Narben- und Stomabereich
- Ileo-/Kolo-/Urostomie
- Ileum-/Kolon-Conduit
- Prolaps



EasyOpener



Standard-Fertigfabrikat



Irrigation

Bandagen-Zubehör

Stomacare-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.

Stomacare-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