

MagSi®

MAGAZIN



STOMA
KONTINENZ
WUNDE

Das Thema

Tabuthema Harninkontinenz –
Einschränkung der Lebens-
qualität

Dekubitus: wenn Druck-
geschwüre Druck machen!

Aktuell

Mit Achtsamkeit (MBSR) aus
dem Hamsterrad aussteigen

ECET 2017 in Berlin

Weiterbildung Aktuell

Feiner Schlussakkord

Der Kurs 2015 nimmt Abschied

Adapt CeraRinge

Die nächste Stufe der Innovation



Sicherheit und Vertrauen von Adapt trifft auf die Wissenschaft der Ceramide

Der neue konvexe CeraRing komplettiert unser Sortiment von Hautschutzringen mit Ceramiden – einer natürlichen Substanz der äußeren Hautschicht.

Ceramide bilden eine natürliche Barriere und helfen dadurch die Feuchtigkeit der Haut zu bewahren oder wiederherzustellen.

Erleben Sie den Unterschied mit CeraPlus und fordern Sie Ihr Muster an!

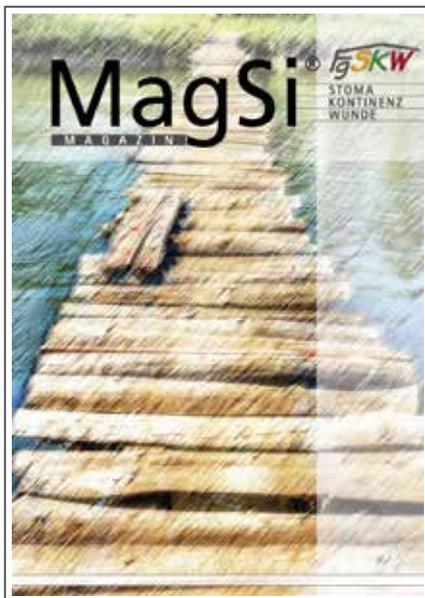
Telefon: 0800/363 84 00 – gebührenfrei

E-Mail: beratung.ceraplus@hollister.com

www.hollister.de



Das Hollister Logo, Adapt, CeraRing und CeraPlus sind Markenzeichen von Hollister Incorporated. © 2017 Hollister Incorporated.



Ausblick

Liebe Leserinnen und Leser der **MagSi**,

Sie halten die 74. Ausgabe unserer Fachzeitschrift für Pflege, Fortbildung und Berufspolitik in den Händen. Nach wie vor ist die **MagSi** die einzige Fachzeitschrift im deutschsprachigen Raum mit den Themeninhalten zur Stoma, Kontinenz- und Wundtherapie in dieser Zusammensetzung.

Wir widmen uns neben diesen Fachthemen natürlich auch immer den aktuellen Entwicklungen in Medizin und Pflege, sowie auch allgemeinen gesundheitspolitischen Themen. Das macht unsere Zeitschrift so einmalig und wertvoll für beruflich Pflegenden in allen Sektoren unseres Gesundheitsmarktes.

Aber auch die Pflege der eigenen Kräfte darf bei den Menschen, welche die Pflege anderer Menschen zu ihrem Beruf gewählt haben, nicht zu kurz kommen. Insofern empfehlen wir allen Interessierten den Artikel zum „achtsamen Umgang“ in der Mitte dieser Zeitschrift besonders.

Nun wünschen wir Ihnen einen spannenden und unterhaltsamen Lektüre der neuen **MagSi**.

Mit achtsamen Grüßen

Ihre Redaktion der **MagSi**

Das Thema	4	Tabuthema Harninkontinenz – Einschränkung der Lebensqualität
	10	S3-Leitlinie Supportive Therapie
	14	Stomaversorgung multiprofessionell und diskursiv
	16	Bauchgespräche: Regensburger Pflegekongress
	18	Schmerzmittel Methadon ist kein Krebsheilmittel
	21	Dekubitus: wenn Druckgeschwüre Druck machen!
Aktuell	28	Neues Berufsbild für Pflegeexperten Stoma, Kontinenz und Wunde
	32	11. Tagung der Initiative stoma 2020
	34	48. Delegiertenversammlung des DBfK in Berlin
	36	Mit Achtsamkeit (MBSR) aus dem Hamsterrad aussteigen
	38	ECET 2017 in Berlin
	42	ECET-Kongress 2017
Fachgesellschaft Aktuell	44	Termine/Kongresse Kooperationspartner/Mitgliedsverbände
Buch-Tipp	46	Buchvorstellung
Weiterbildung Aktuell	47	Feiner Schlussakkord
	48	Der Kurs 2015 nimmt Abschied
Schaufenster	50	Neuigkeiten bei Produkten und Dienstleistungen
Impressum	54	Impressum/Vorschau nächste Ausgabe

Herausgeber



Kooperationspartner



Mitgliedsverbände





Bilder: @ Pavlo Vakhrushev - Fotolia.com, © illy - Fotolia.com

TABUTHEMA HARNINKONTINENZ

EINSCHRÄNKUNG DER LEBENSQUALITÄT

Am Beispiel der öffentlichen Toilette

Die Windel- und Vorlagenproduktion für Erwachsene ist in

Deutschland höher als für Kinder. Ursache ist "Blasenschwäche" - ein schambehaftetes Thema, welches mit Vorurteilen besetzt ist. Daher wird über dieses Problem nur selten gesprochen. Diese Erfahrungen habe ich auch in unserer Kontinenzsprechstunde im Beckenbodenzentrum des Krankenhaus Oranienburg der Oberhavel Kliniken GmbH gemacht. Bis es Betroffene zu uns geschafft haben, brachten sie oft einen "steinigen" Weg, bestehend aus psychisch sozialen Schwierigkeiten hinter sich.

"Inkontinenz ist keine Krankheit, an der man stirbt; Inkontinenz ist eine "peinliche" Krankheit, über die man nicht spricht." (*Gesellschaft für Inkontinenzhilfe - Harninkontinenz & Miktionsstörung, H. Melchior, 2003, S. 9*)

Nur die Wenigsten gehen offen mit diesem Thema um. Wenn sie sich durchgerungen haben über diese Probleme mit ihrem Hausarzt, Gynäkologen oder Urologen zu sprechen, folgt dann die Überweisung in ein Beckenbodenzentrum. Die Patienten erhoffen sich Linderung des Krankheitsbildes und praktische Tipps im Umgang mit der Erkrankung um wieder mehr Lebensqualität zu erlangen.

Auch die Toilette spielt in unseren Räumlichkeiten eine übergeordnete Rolle. Es ist der erste Ort, den Betroffene nach betreten des Krankenhauses er-

kunden und besuchen. Oft kennen sie schon alle Toiletten in der Klinik.

Ich möchte mit meiner Arbeit Probleme in der Öffentlichkeit aufzeigen, besonders die Problematik mit den öffentlichen Toiletten auch Lösungsvorschläge anbieten, um sein unbeschwertes Lebensgefühl wiederzuerlangen.

Definition der Begrifflichkeiten

adjustierbar = genau einstellbar

alloplastisches Material = Biomaterialien, die vollsynthetisch hergestellt sind

Anticholinergika = Substanzen, die am Blasenmuskel wirken, um ein übermäßiges Zusammenziehen der Blase zu reduzieren

Detrusor = Harnblasenmuskel

Fistel = lat. fistula - "Pfeife, Röhre", röhrenartige Verbindung

Harnretention = Zurückhaltung, Harnverhalt

Harnröhrenstrikturen = Harnröhrenverengungen

Hysterektomie = Gebärmutterentfernung

Kolporrhaphie = Scheidenplastik, Raffung der geschwächten Scheidenhaut

Kolposuspension = Fixierung der Scheide und der Harnblase durch Fäden und damit Anhebung der Blase und Harnröhre

manifeste Depression = deutliche psychische Störung

Menopause = Wechseljahre

Multiple Sklerose (MS) = chronische Entzündliche Erkrankung des Nervensystems

Myom = Wucherung in der Muskelschicht, oft in der Gebärmutter

Neuraltherapie n. Huneke = Beeinflussung des vegetativen Nervensystems durch Anwendung eines Lokalanästhetikums

Nykturie = häufiges Wasserlassen in der Nacht

OAB = overactive bladder (überaktive Blase)

Östrogene = weibliche Geschlechtshormone

Pessare = Ringe, Schalen oder Würfel, zum Einsatz bei Absenkung von Organen

Prolaps = unnatürlicher Vorfall eines Organs oder Organteils

Pollakisurie = häufiges Wasserlassen in kleinen Mengen (häufiger als 8x/Tag)

Prostatahyperplasie = Prostatavergrößerung

Shinkterprothesen = künstliche Schließmuskel

Superabsorber = Kunststoffe die ein vielfaches an Eigengewicht aufnehmen

Urge/Urgeinkontinenz = engl. drängen, Dranginkontinenz

Zystocele = Vorwölbung der Harnblase in die Vaginalwand

Was ist Inkontinenz?

Lateinisch "incontinens" bedeutet "nicht bei sich haltend".

Inkontinenz ist das Unvermögen, Urin und/oder Stuhl zurückzuhalten, um ihn am gewollten Ort und zur selbstgewählten Zeit auszuscheiden.

Inkontinenz ist weniger eine Krankheit, eher ein Symptom. Sie tritt meist nach

oder begleitend mit einer Grunderkrankung auf.

Statistische Zahlen – Inkontinenz

"Genau Zahlen durch statistische Auswertungen gibt es nur wenige, da viele Betroffene nicht in Statistiken erfasst sind." (selbsthilfeverband-inkontinenz.org, Zahlen und Fakten, 20.04.2016)
Frauen sind von Harninkontinenz häufiger betroffen als Männer. Ca. 5 Millionen Frauen leiden darunter, die Dunkelziffer ist weitaus höher. Betroffen ist eine von sieben Frauen über 35 Jahre, bei Seniorinnen jeder Dritte. Männer bekommen dieses Problem oft erst im hohen Alter. Sie sind zwar seltener betroffen, aber auch da ist die Dunkelziffer weitaus höher. 3 Millionen Männer haben sich mit der Harninkontinenz abgefunden. Sie suchen keine professionelle Hilfe, nehmen das Symptom einer Blasenschwäche einfach hin.

Harninkontinenzformen

Dranginkontinenz (Urgeinkontinenz)
Plötzlich auftretender nicht unterdrückbarer Harndrang, mit oder ohne unfreiwilligem Harnverlust. Es besteht kein Zusammenhang mit körperlichen Aktivitäten. Dranginkontinenz gehört zum Beschwerdebild der überaktiven Blase (OAB). Typische Symptome sind Pollakisurie und Nykturie. Ursache ist häufig die Überaktivität des Blasenmuskels (Detrusor).

Belastungsinkontinenz (Stressinkontinenz)

Unwillkürlicher Harnverlust ohne Harndrang durch Versagen des Harnröhrenverschlussmechanismus nach Anstieg der Bauchspannung (intraabdominaler Druck) durch Husten, Niesen, Lachen, schwer Heben oder Treppensteigen. Ursache ist eine schwache Beckenbodenmuskulatur und Bindegewebsschwäche.

Es gibt 3 Schweregrade:

1. Grad – Urinverlust beim Husten
2. Grad – Urinverlust bei schnellen Körperbewegungen, beim Aufstehen und Hinsetzen
3. Grad – Urinverlust bei nicht angestregten Bewegungen, im Liegen

Mischinkontinenz

Kombination aus Drang- und Belastungsinkontinenz. Die Symptome beider

Formen sind vorhanden. Meist jedoch ist eine Komponente stärker ausgeprägt. Oft tritt diese Form bei älteren Frauen auf.

Inkontinenz bei chronischer Harnretention (Überlaufinkontinenz)

Ist die häufigste Inkontinenzform bei Männern mit einer Prostatahyperplasie. Ursachen sind Harnsteine, Harnröhrenstrikturen, Tumore, angeborene Fehlbildungen oder ausgeprägten Blasensenkungen bei Frauen. Durch die unvollständige Blasenentleerung kommt es zu hoher Restharnbildung mit oder ohne unfreiwilligem Harnverlust.

Extraurethrale Inkontinenz

Bezeichnet einen Urinverlust außerhalb der Harnröhre, durch Öffnungen die den normalen Weg des Harntraktes umgehen. Ursache sind z.B. durch angeborene Fehlanlagen oder Fisteln im Blasen-Scheiden-After-Bereich. Hier tritt der Urin über Scheide, After oder seitlich am Penis aus.

Inkontinenz bei neurogener Detrusorhyperaktivität (Reflexinkontinenz)

Hierbei liegt eine Störung in der Übertragung von Signalen zwischen Gehirn und Harnblase vor. Ursachen können Verletzungen des Rückenmarks sein (z. B. Querschnittslähmungen), neurologische Erkrankungen (z. B. Multiple Sklerose) oder Hirnleistungsstörungen (z. B. Demenz, Folgen eines Schlaganfalls). Durch den Kontrollverlust der willkürlichen Blasenentleerung kommt es zu Harnverlust. Betroffene spüren keinen Harndrang mehr.

Sonderformen

Hierzu zählen Enuresis, das nächtliche Einnässen bei Kindern und die kindliche Harninkontinenz.

Risikofaktoren

Frauen sind häufiger betroffen, durch die "Anatomie und Physiologie des Beckens" (www.harninkontinenz-info.de, 20.4.2016). Schwangerschaft, Geburt, Östrogenmangel nach der Menopause können den Beckenboden schwächen. Durch Senkungen der Gebärmutter, Blase, Scheide oder Mastdarm (Prolaps), sowie operative Eingriffe an Bauch und Beckenorganen kann eine Inkontinenz herbeiführt werden.

Ursache können auch bestimmte Medikamente z. B. einige blutdrucksenkende

Medikamente oder Antidepressiva sein. Chronische Erkrankungen, z. B. Diabetes mellitus im höheren Lebensalter, Übergewicht, chronische Blasenentzündungen, Mobilitätsverlust durch Krankheit/Unfall, nachlassende Hirnleistungen/degenerative Veränderungen bewirken dieses Krankheitsbild.

Männer sind nach radikaler Entfernung der Prostata häufig von einer Belastungsinkontinenz betroffen.

Auch seelische Stresssituationen wie starke Nervosität oder Aufregung kann die Blase reizen.

Chronische Verstopfung kann durch die Nervenreizung eine Inkontinenz begünstigen.

Erschwerte Erreichbarkeit durch weite Wege, Nutzbarkeit und Zugänglichkeit von Toiletten können zu Harnverlust führen. Schlechte Beschilderung, schlecht beleuchtete Toiletten, schmutzige Toiletten, fehlende Haltegriffe, fehlende Toilettensitzerhöhungen, Türschwelle, enge Türen und unpraktische Kleidung können Probleme beim Toilettengang hervorrufen.

Psychosoziale Folgen bei Harninkontinenz

Betroffene sprechen über diese intimen Probleme nicht gerne, sie verschweigen die Inkontinenz gegenüber anderen Personen, teilweise sogar der eigenen Familie.

Einige entwickeln eigene Strategien (z. B. die Trinkmenge stark einschränken) und ordnen es dem Vorgang des "Alterns" zu. Das Tragen von Vorlagen (Damenhygieneartikel sind in jedem Supermarkt erhältlich, benötigen kein Rezept) soll peinliche Situationen vermeiden. Besonders die Drang- und Mischinkontinenz beeinflussen die Lebensqualität negativ. Durch regelmäßige prophylaktische Toilettengänge soll ungewollter Harnverlust vermieden werden. Sie stellen den gesamten Tagesablauf auf die häufigen Toilettengänge ein. Ihr Leben wird Tag und Nacht, zu Hause, im Urlaub oder im Berufsalltag beherrscht. Stark Betroffene leiden an Verlust von Selbstvertrauen und Selbstachtung. Es folgt eine Ausgrenzung und Isolation, dadurch starke Einschränkung der Lebensqualität. Sportlichen Aktivitäten ist nicht mehr nachzugehen, wenn diese einen unfreiwilligen Harnabgang zur Folge haben. Erst geht die Bewegungsfreiheit verloren, dann die Lebensfreude. Der Verlust von sozialen

Kontakten, auch die Beeinträchtigung der Sexualität führt nicht selten zu einer manifesten Depression. Studien haben ergeben, dass sich Menschen mit überaktiver Blase kränker fühlen als diejenigen, die an Diabetes, Rheuma oder anderen Erkrankungen leiden. Diese tragischen Situationen sind vermeidbar, inzwischen gibt es eine Reihe von Behandlungsmethoden, es muss nur die Scheu überwunden werden.

Fallbeispiel Monika Clerst

Der Name der Patientin wurde geändert unter Wahrung ihrer Anonymität. Folgende Ausführungen wurden mit dem Einverständnis der Patientin aufgeführt (Einverständiserklärung liegt vor). Monika Clerst ist 63 Jahre alt und aktives Mitglied bei ehrenamtlichen Veranstaltungen. Sie wohnt mit ihrer Tochter und Enkeltochter in einer Wohnung in Berlin. Außer der Inkontinenz leidet sie unter arteriellem Hypertonus und Asthma bronchiale, hat einen guten Ernährungs- und Allgemeinzustand. Im Jahr 2008 erhielt sie eine Hysterektomie aufgrund von starken Blutungen, verursacht durch ein großes Myom.

Kurz darauf bemerkte sie Urinverlust beim Husten und Niesen. Durch ihre Asthma Erkrankung trat es sehr häufig auf. Nach umfangreicher Diagnostik wurde ihr ein TVT-Band (spannungsfreies Blasenband) in einer kleinen Operation unter die Harnröhre gelegt. Die Operation war erfolgreich, sie hatte keine Einschränkungen mehr. Nach sechs Jahren (2014) meldete sie sich wieder mit beginnender Inkontinenz. Man diagnostizierte in der gynäkologischen Untersuchung eine Zystozele. Durch die Hysterektomie, hatte die Blase in einem schleichenden Prozess ihre Lage verändert und sich in die Scheide gestülpt. Daher saß das "Blasenbändchen" nicht mehr an richtiger Position und erfüllte seine Aufgabe nicht mehr. Nun begann ihr Leidensweg. Das Blasenband wurde entfernt und im gleichen Schritt eine Vorderwandplastik der Scheide mit einem Netz durchgeführt. Durch eine anschließende Wundinfektion musste auch das Netz wieder entfernt werden.

Frau Clerst verbrachte lange Zeit im Krankenhaus unter intensivmedizinischer Betreuung mit vielen antibiotischen Behandlungen. Sie litt anschließend unter totaler Inkontinenz und

starken Durchfällen, verursacht durch die vielen Antibiotikagaben. Nach Besserung des Allgemeinzustandes wurde sie nach Hause entlassen. Im Bereich des OP-Gebietes sollte aufgrund der Wundheilung erstmal keine weitere OP folgen. Zu Hause bemerkte Frau Clerst erst einmal wie beeinträchtigt sie war. Sie konnte keine Unternehmungen machen, weder Einkäufen, sogar Arztbesuche gestalteten sich schwierig. Aus Angst unterwegs keine Toilette zu finden blieb sie zu Hause, soziale Kontakte, sowie ihre ehrenamtlichen Tätigkeiten schränkte sie ein. Unangenehm war ihr der auffällige Geruch durch die ständig verunreinigte Wäsche. Auch die Hautveränderungen im Intimbereich, durch das ständige feuchte Milieu führten zu Schmerzen.

Sie empfand Scham und Ekel vor sich selbst. In der gemeinsamen Wohnung waren zwei Toiletten vorhanden. Das Gäste-WC wurde zu ihrer persönlichen Toilette umgebaut. Regale wurden aufgestellt, um ihre vielen Hilfsmittel zu lagern und fachgerecht zu entsorgen. Das WC befand sich neben ihrem Schlafzimmer, um weite Wege zu vermeiden. Dennoch fühlte sie sich tagsüber durch das häufige nächtliche Aufstehen sehr schlapp und müde. Sie war wie ausgewechselt. Aus einem freundlichen, aufgeschlossenen Menschen wurde eine depressive, traurige Frau, die sich immer mehr zurückzog. Ihre ganzen Hoffnungen lagen auf neuen therapeutischen Vorschlägen des behandelnden Arztes. Auch die Krankenkasse machte ihr Sorgen. Zur vorübergehenden Erleichterung wurden ihr Vaginaltampons zum "Stützen" der Blase und Harnröhre verschrieben. Diese haben ihr auch tagsüber geholfen, aber die Kosten wurden von der Krankenkasse abgelehnt.

Behandlungsmöglichkeiten der Harninkontinenz

Wichtig ist die Ursache zu erkennen und zu therapieren. Die Behandlung hängt vom Schweregrad der Inkontinenz und den Fähigkeiten des Betroffenen ab. Konservative Therapien stehen an erster Stelle: wie Toiletten- und Blasen Training, Beckenbodentraining mit oder ohne Elektrostimulation oder Medikamente z. B. Anticholinergika. Östrogenpräparate (Bsp. Estriol) werden bei Frauen nach der Menopause, die un-

ter Belastungsinkontinenz leiden eingesetzt. Hierbei werden die Strukturen des Harntraktes gestärkt.

Operative Methoden werden in der Regel nur bei schweren Fällen durchgeführt, wenn andere Therapiemöglichkeiten versagen.

Neben Kolposuspensionen (z. B. nach Burch) und Zügelplastiken finden auch einfache Verfahren wie TVT-Operationen (spannungsfreies Netz-Band) bei Belastungsinkontinenz Anwendung.

Ein Prolaps als Ursache, kann in einer Kolporrhaphie (Scheidenplastik) mit oder ohne alloplastischem Material (Netze) beseitigt werden. Wenn die Symptome keinerlei Linderung bringen, kann ein sogenannter Blasenschrittmacher (Neuromodulator) durch Stimulierung der Nerven ein ungewolltes Zusammenziehen des Blasenmuskels verhindern und somit ungewollten Urinverlust verhindern.

Botox-Injektionen, nach frustraner Therapie mit Anticholinergika, sind heute Mittel der Wahl bei Dranginkontinenz. Ein wichtiger Teil der Behandlung ist die Anwendung von Hilfsmitteln. Man unterscheidet aufsaugende Hilfsmittel (Vorlagen, Windeln, Windelhosen, Unterlagen), ableitende Hilfsmittel (Katheter oder Kondom-Urinale) und mechanische Hilfsmittel (Pessare, Penisclimex und Sphinkterprothesen).

Alternativ gibt es homöopathische Mittel (z. B. Causticum Hahnemanni, Dulcamara oder Sepia) die mit Unterstützung eines Homöopathen dosiert werden. Nicht zum Allgemeingut zur Behandlung der Harninkontinenz gelten die Neuraltherapie nach Huneke und Akupunktur.

Öffentliche Toiletten

Polizeipräsident Karl-Friedrich-Ludwig Hinkeldey (1805-1856) errichtete 1840 die erste öffentliche Bedürfnisanstalt "Cafe Achteck" in Berlin. Einige dieser grünlackierten, öffentlichen Pissoirs sind in Berlin noch in Betrieb.

Leider ist heute Fakt, es gibt zu wenig öffentliche Toiletten in Städten und in Dörfern gibt es gar keine. Die wenigsten sind gebührenfrei, oft sind sie im schlimmsten Zustand. Vandalismus ist an der Tagesordnung, das fängt bereits bei den Schultoiletten an. Doch die Kosten für Reinigung und Unterhalt sind den "Gemeindekassen" zu hoch. Somit wurden zahlreiche Bedürfnisanstalten wegrationalisiert.



Aufnahme Schultoilette, Grundschule Oranienburg, 18.04.2016

Man findet sie noch in Shoppingcentern, Kaufhäusern, Möbel- und Baumärkten. Bei Kaufland und real findet man in jeder Filiale ein Kunden-WC. Das ist rechtlich vorgeschrieben: Märkte ab 7500 m², mit einer Kundenverweildauer von 40-50 min müssen ein Kunden-WC bereitstellen.

In der Stadt werden öffentliche Toiletten vermarktet. Berlin besitzt 168 kostenpflichtige City-Toiletten und 76 WC-Standorte der Fa. Wall. Für 50 Cent kann man diese benutzen.

Auf U-Bahnhöfen gibt es gar keine Fahrgasttoiletten mehr, auf S-Bahnhöfen nur noch auf größeren, wichtigen Stationen.

Bezirkspolitiker fordern, z. B. SPD Vize-Fraktionschefin Heike Schmitt-Schmelz, in neuen umgebauten Läden ab 800 m² Verkaufsfläche, "öffentlich zugängliche und kostenlos nutzbare barrierefreie Toiletten" (www.tagesspiegel.de/berlin/oeffentliche-toilette-in-berlin-ein-neues-geschaeftsfeld/9550240.html, 20.01.2016) vorzuschreiben. Es geht vor allem um Supermärkte. Sie argumentiert mit dem steigenden Durchschnittsalter der Bevölkerung. Für die Gastronomie gibt es seit 2005 durch die Landesregierung eine Gaststättenverordnung. Die besagt, dass die Toilettenpflicht für Lokale mit einer Größe vom max. 50 m² und höchstens 10 Sitzplätzen aufgehoben wurde. Vorgeschrieben ist dann der Hinweis mit "Fehlen einer Toilette" für die Gäste.

Senioren, Behinderte oder Eltern mit Kindern sind durch die geringe Anzahl an öffentlichen Toiletten in Städten/ Gemeinden besonders stark betroffen. An Blaseschwäche Leidende, trauen sich kaum aus dem Haus, aus Angst keine Toilette im Notfall zu finden. Sie planen ihren Spaziergang oder Einkauf entlang von öffentlichen WC's.

Ein anderes großes Problem sind Behindertentoiletten, hier gibt es eine noch geringere Anzahl. "Diese sind dann auch nicht für Menschen ausgelegt, die gewi-

ckelt werden müssen." (www.toiletten-fuer-alle.de, 20.09.2015) Nur in München gibt es 3 Toiletten, die mit Liege und Lifter ausgestattet sind. Das ist einfach zu wenig. Hier sieht man England als Vorbild, dort gibt es mehr als 760 "Changing Places" - öffentliche Toiletten für alle.

"Problembekämpfung" öffentliche Toilette und Alternativen

Projekt "Nette Toilette"

Die Idee dahinter ist: "Ladenbesitzer und Gastwirte stellen Passanten ihre Toiletten kostenfrei zur Verfügung, die Gemeinden beteiligen sich dafür an den Aufwendungen für die Reinigung." (www.apotheken-umschau.de/inkontinenz, 20.04.2016) Hervorgebracht hat das die Stadt Aalen im Jahr 2001. Viele Städte, vorwiegend im südlichen Teil Deutschlands, haben nachgezogen. Mit einem roten Aufkleber mit dem Logo "Nette Toilette" (siehe Bild) im Schaukasten, kann man diese Toilette im Restaurant ohne schlechtes Gewissen benutzen.



www.apotheken-umschau.de/inkontinenz, 20.04.2016

Euroschlüssel für behindertengerechte Toiletten

Der Euroschlüssel ist ein "Generalschlüssel", er kann für viele öffentliche Behinderten-Toiletten oder Autobahntoiletten benutzt werden. Gegen eine Gebühr von ca. 20 Euro kann er beim CBF Darmstadt (Club Behinderter und ihrer Freunde in Darmstadt und Umgebung e.V.) bestellt werden.

Voraussetzungen für den Schlüsselerhalt sind schwer gehbehinderte Menschen, Rollstuhlfahrer, Stomaträger, blinde Menschen, schwerbehinderte

Menschen, die hilfsbedürftig sind und gegebenenfalls eine Hilfsperson brauchen, an Multipler Sklerose, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa Erkrankte und Menschen mit chronischen Blasen-/ Darmleiden. www.myhandicao.de/euro-wc-schluesel.de

Taschen-WC statt Wildpinkeln

Wer sich am Straßenrand erleichtert und auf frischer Tat erappt vom Ordnungsdienst erappt wird, muss ein Verwarngeld zahlen. Die adamus-gruppe hat sich zur Aufgabe gemacht den 1. Deutschen Wildpinkler Verwarn- und Bußgeldkatalog (siehe Grafik im Anhang) zu erstellen.

Mobile Toilettenhilfen

Taschen-WC's

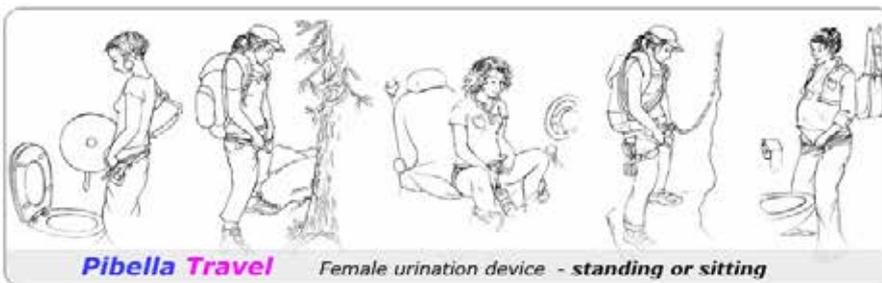
Taschen-WC's gibt es ab 1,75 Euro, diese sind bedeutend kostengünstiger als ein Verwarngeld. Unter verschiedenen Namen : ladybag, roadbag, Travel John, uvm. sind diese mobilen Toilettenhilfen mit einfacher Handhabung im Handel erhältlich. Der Beutel besteht aus reißfestem Material, befüllt mit tausenden Kristallen eines Superabsorbers. Dieser hat eine hohe Quellfähigkeit und verdichtet den Urin zu einem festen Gel. Unangenehme Gerüche werden gebunden. Anschließend ist diese hygienische und praktische Einwegtoilette im Restmüll zu entsorgen. Sie enthält keine umweltbelastende Materialien. Ob im Stau, Job oder Freizeit ist die mobile Toilette im Stehen, Sitzen oder in der Hocke von Männern oder Frauen einsetzbar. Besonders für Rollstuhlfahrer ist das für unterwegs eine gute Alternative. (www.taschen-wc-blog.de)



www.rehability.de 20.04.2016

Pibella

Pibella ist ein Uriniersystem für Frauen, welches im Liegen, Stehen oder Sitzen benutzt werden kann. Erfunden hat das



www.pibella.ch 13.05.2016

System ein Schweizer, dessen schwer kranker Frau es unmöglich war auf eine öffentliche Toiletten zu gehen. Es ist ein kleines, hygienisches Plastikteil, welches bei maximal 135°C waschbar ist.

Es findet seinen Einsatz im Krankenhaus, zu Hause oder auf Ausflügen/Reisen. Bei hygienischen Problemen, sich auf öffentliche WC's zu setzen, kann die Pibella helfen Hemmungen abzubauen. Mit ein wenig Routine kann das System auch mit Auffangbeutel von Rollstuhlfahrern oder Bewegungseingeschränkten verwendet werden. (www.pibella.com)

Kondomurinale für Männer

Es gibt sie in verschiedenen Größen im Handel, sie sind selbsthaftend oder werden mit einem Hautklebestreifen am Penis fixiert. Mit Hilfe einer Messschablone kann die passende Größe ermittelt werden. Kondomurinale sind aus hautfreundlichem Silikon und in Verbindung mit einem Beinbeutel eine sichere Alternative zum ungewollten Einnässen. Hierbei kann der Betroffene bewegungs-eingeschränkt Unternehmungen machen. Die Entleerung erfolgt über ein Ventil am Beinbeutel über eine Toilette.

Kostenlose öffentliche Toiletten finden: gratispinkeln.de

Betroffene kennen jede Toilette in ihrer Umgebung. Doch was ist wenn sie verreisen, einen Ausflug machen? Dann kann man unter der Webseite www.gratispinkeln.de über eine Suchmaschine in jedem Bundesland die kostenlosen Toiletten mit genauer Adresse finden. Die Abfrage ist auch über das Handy möglich.

Toiletten-Finde-Apps

Hier gibt es schon einige auf dem Markt z. B. WC-Finder-Deutschland, Toilet Finder, Toiletten Scout. Viele sind kostenfrei

herunterzuladen und ähnlich im Aufbau. Sie finden öffentliche WC's und zeigen die Treffer auf einer Landkarten, ggf. führen sie per Navigation direkt vor Ort.

Hier sind Toiletten zu finden

An fast allen größeren Tankstellen, auf Rasthöfen der Autobahn, in vielen größeren Supermärkten, Einkaufszentren und Baumärkten findet man öffentliche Toiletten.

In Krankenhäusern, Behörden und öffentlichen Einrichtungen der Stadt sollte man kostenlos seine Notdurft verrichten können.

Ausgang Fallbeispiel Monika Clerst

Frau Clerst wurde nach einem schweren Jahr mit totaler Inkontinenz endlich nach abgeschlossener Wundheilung operiert. Eine vordere Kolporrhaphie wurde durchgeführt, damit war die normale Anatomie in ihrem Beckenboden wieder hergestellt. Doch durch den starken Urinverlust litt sie weiter. Die Verordnung der Vaginaltampons zur Stützfunktion wurden nach aufwendigen Widersprüchen von der Krankenkasse genehmigt und verschafften ihr nun tagsüber längere "trockene Pausen" zwischen den Toilettengängen. Im Anschluss wurde ihr erneut ein Blasenband, diesmal adjustierbar gelegt. Schon am Folgetag nach der Operation empfand sie endlich wieder mehr Lebensqualität. Für Frau Clerst fing ein neuer Lebensabschnitt an. Sie brauchte ein paar Wochen, um sich an die Veränderung zu gewöhnen. Sie staffierte sich anfangs weiterhin mit Inkontinenzvorlagen aus und packte sich Ersatzwäsche ein. Doch diese blieben trocken.

Auch ihre Beziehungen zu Angehörigen und Freunden änderte sich zum positiven. Frau Clerst ging wieder ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit nach und empfand Freude am Leben.

Maßnahmen zur Kontinenzförderung

Primärprävention

Zur Vorbeugung sollten Schwangere bereits vor der Entbindung Beckenbodengymnastik durchführen. Nach der Entbindung stellen die Krankenkassen Rückbildungsgymnastikkurse zur Verfügung. Nicht nur für Schwangere und junge Mütter spielt Beckenbodengymnastik eine große Rolle. Jeder sollte sich bestimmte Bewegungsabläufe angewöhnen, die den Beckenboden entlasten. "Allgemein gilt: Jede rückenschonende Bewegung schont auch die Muskulatur des Beckenbodens." (Aktiv leben mit Harninkontinenz, HartmannAG, S. 31) Wichtig ist, dass richtige Heben und Tragen von Lasten. Frauen sollten nicht mehr als zehn Kilogramm tragen. Geringe Trinkmengen führen zu konzentriertem Urin, dieser "reizt die Blasen-schleimhaut und kann zu Harnwegsinfekten und Hautirritationen führen und die Problematik verschlimmern." (www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=35078, 22.02.1016) Ausreichende Flüssigkeitszufuhr spielt bei Inkontinenz eine große Rolle. Als Maßstab sollte man 30 ml/kg Körpergewicht pro Tag zu sich nehmen, das sind ca. 1,5-2,0 l in 24 Stunden. Tee, Wasser und Fruchtsäfte sind empfehlenswert. Kaffee, Alkohol, Schwarztee, Cola und Zitrusgetränke wirken harntreibend und sollten vermieden werden. Die Haupttrinkmenge sollte bis 16 Uhr getrunken werden, nach 18 Uhr nur noch geringe Mengen, um nachts möglichst ohne Toilettengänge auszukommen.

Eine wichtige Rolle spielt das Darmmanagement, Obstipation zählt als Risikofaktor bei Inkontinenz. Auch hier gibt es ein Anzahl an Hilfsmittel z. B. Flosamen-schalen, diese regulieren auf natürliche Weise die Darmtätigkeit. Wichtig ist regelmäßige Bewegung bei Verstopfung. Auf eine vollwertige Ernährung sollte geachtet werden. Nahrungsmittel die sehr ballaststoffreich sind (z. B. Kohl, Zwiebel, Lauch) können zu Blähungen führen. Durch diese Erhöhung des Druckes im Bauchraum kann eine bestehende Inkontinenz verschlechtert werden. Gewichtsreduktion durch Ernährungsberatungen können auch präventiv wirken, Krankenkassen bieten dazu verschiedene Kurse an. Patienten die unter "Blasenschwäche"

leiden, sollten leicht zu öffnende Kleidung anziehen um ein rechtzeitiges Erreichen der Toilette sicherzustellen.

Tipps für den Alltag

Wenn Betroffene unterwegs sind, ist eine gute Planung erforderlich. Vor Aufbruch sollten die Toilette aufgesucht werden. Bei Reisen mit der Bahn oder dem Flugzeug, ist es von Vorteil einen Sitzplatz in der Nähe der Toilette zu reservieren. Bei Aufenthalten in Hotels oder bei Bekannten sind mitgebrachte wasserdichte Unterlagen für das Bett wünschenswert. Die richtige Auswahl der aufsaugenden Hilfsmittel bietet dem Betroffenen Sicherheit vor unangenehmen Zwischenfällen. Es gibt Produkte die unauffällig getragen werden können und dennoch guten Schutz vor Nässe bieten. In den meisten Toiletten stehen Abwurfbehälter für Windeln oder Einlagen. Kleine dunkle Entsorgungspastiktüten, wie Stomabeuteltäger sie verwenden, gibt es in Sanitätshäusern. Diese sind geruchsdicht zu verschließen. Regelmäßiges Wechseln von feuchten Inkontinenzeinlagen beugt Geruchsbildung vor und schützt vor Hautirritationen. Wenn der natürliche Säureschutzmantel der Haut beeinträchtigt wird, können krankheitserregende Keime eindringen und einen Harnwegsinfekt oder eine Pilzinfektion hervorrufen. Zur Reinigung sollte nur klares Wasser oder pH-neutrale Waschlotionen verwendet werden. Ersatzwäsche im Gepäck bietet Schutz bei unangenehmen Zwischenfällen. Wenn Betroffene unter Nykturie leiden, kann ihnen ein Nachtstuhl Unterstützung bieten. Durch die häufigen Toilettengänge wird die Nachtruhe gestört. Vorteilhaft wäre eine kurze Entfernung zum Bett.

Zusammenfassung

Am Beispiel von Frau Clerst wurde deutlich, wie Blasenschwäche ein Leben, einen ganzen Menschen verändern kann. In erster Linie ist es wichtig, sich zu überwinden und mit Vertrauten oder dem Arzt über dieses Problem zu sprechen. Als Kind wird man dazu erzogen, Kontrolle über seine Ausscheidungen zu haben. Wenn es eines Tages nicht mehr funktioniert, ist es schwer damit fertig zu werden. Rückzug führt zu sozialer Isolation. Spezielle Beckenbodenzentren haben dieses Problem erkannt und

bieten professionelle Hilfe. Eine angemessene Behandlungsstrategie ist Voraussetzung für eine Besserung der Symptome. Es gibt eine große Anzahl an Behandlungsmethoden und Hilfsmittel. Wichtig ist, das Leben aktiv weiter zu gestalten und nicht zu resignieren. Das Thema Harninkontinenz muss enttabuisiert werden, nur dann ist eine Überwindung von Scham und Peinlichkeitsgefühl möglich.

Literaturnachweis

Bücher

1. Corvin, Prof. Dr. Stefan / Hammerl, Dr. Hauke (2010); Volkskrankheit Harninkontinenz - Das Selbsthilfe Buch, Mankau Verlag
2. Expertenstandard Förderung der Harninkontinenz in der Pflege, (03/2014), Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.), Hochschule Osnabrück
3. Melchior, H. (2003); Harninkontinenz und Miktionsstörungen, Empfehlungen für Diagnostik und Therapie in der Praxis; Gesellschaft für Inkontinenzhilfe e.V. GIH- Manual

Zeitungen/ Ratgeber

1. Aktiv leben mit Harninkontinenz, Praktische Tipps für mehr Lebensqualität; Paul Hartmann AG
2. Ein Ratgeber für Patienten mit Blasenschwäche; Recordati Pharma
3. Patienteninformationen zur überaktiven Blase, in Zusammenarbeit mit der Kontinenz Gesellschaft; Astellas Pharma GmbH



Katrin Degner
Pflegeexpertin Stoma, Kontinenz und Wunde
katrin.degner@oberhavel-kliniken.de



www.adamus-group.de, 20.04.2016

S3-Leitlinie Supportive Therapie

Neu und was bedeutet sie für Pflegexperten SKW?

Auf nahezu 600 Seiten sind supportive Therapieoptionen zu den häufigen Nebenwirkungen einer Krebsbehandlung, auch mit „Pro und Kontra“ zusammengestellt worden. Für alle, die Menschen mit onkologischen Erkrankungen professionell pflegen ist die Komplexität und der pflegerische Bezug eine wichtige Informationsquelle. Vor allem weil ständig neue Tumorthapeutika mit deren Nebenwirkungen für die Behandlung zur Verfügung stehen und noch nicht im Alltag bekannte Zusammenhänge und Nebenwirkungsmuster zeigen, diese Nebenwirkung aber im klinischen und ambulanten Bereich besonderer Aufmerksamkeit und spezieller Interventionen bedürfen (Gruber, 2016).

Unter der Zielsetzung und Fragestellung, wie supportive Therapien eine erfolgreiche und spezifische Krebstherapie ermöglichen, Nebenwirkungen verhindern, oder bei Nebenwirkungen behandelt wird, wurde die **S3-Leitlinie „Supportive Therapie bei onkologischen PatientInnen“** entwickelt. Seit November 2016 steht sie als Information auch für uns Pflegende mit eindeutigen Empfehlungen zur Verfügung (AWMF, 2016).

In der S3-Leitlinie „Supportive Therapie bei onkologischen PatientInnen“ werden die typischen Nebenwirkungen einer Krebsbehandlung dargestellt. Ziel ist es mit den Empfehlungen eine flächendeckende Umsetzung einer multidisziplinären, qualitätsgesicherten und sektorübergreifenden Versorgung des onkologischen Patienten zu erreichen. Die Leitlinie gibt auch Hinweise wie Prophylaxen und effektive supportive Therapien die Lebensqualität und den Erfolg der Tumor-Therapie verbessern können (AWMF, 2016). Ganz besonders bei Stomatragern oder Patienten mit Harnableitungen ist es wichtig, mögliche gastrointestinale

Nebenwirkungen unter medikamentöser Tumorthherapie in die Beratung und Anleitung der Stoma-Betroffenen einzubeziehen, um die Patienten dabei zu unterstützen die Therapie nicht vorzeitig abzubrechen (Schulze-Bergkamen, 2014).

Die Empfehlungen der Leitlinie umfassen derzeit 10 Themenbereiche:

- Tumorthherapieinduzierte Anämie, Neutropenie, Nausea und Emesis, periphere Neurotoxizität
- Orale Mucositis durch systemische Tumorthherapie
- Ossäre Komplikationen
- Paravasate
- **Therapieinduzierte Diarrhoe**
- Tumorthherapieinduzierte Hauttoxizität
- Supportive Maßnahmen in der Radioonkologie

Beispielhaft soll hier die ‚**Tumorthherapie-induzierte Diarrhoe**‘ vorgestellt werden, die als eine häufige Nebenwirkung bei Chemotherapie oder zielgerichteter Therapie (Target Therapie) auftritt.

Die Leitlinie empfiehlt zusätzliche **Risikofaktoren** bereits vor einer Tumorthherapie, neben den **substanzspezifischen Risikofaktoren** (Nebenwirkungen der Medikamente), zu erfassen, um auftretende Nebenwirkungen dann besser einzuschätzen und als ‚therapieentscheidende Komplikationen‘ abgrenzen zu können. Speziell die Stomaanlage wird als Risikofaktor erwähnt.

Zusätzliche Risikofaktoren sind:

- Erhöhtes Lebensalter
- Reduzierter Performance Status
- Simultane Radiochemotherapie des **Bauch-Becken-Bereichs**
- Vorbestehende Darmdysfunktion, wie Reizdarmsyndrom, **Gallensäuremalabsorption**, Zöliakie, chronisch entzündliche Darmerkrankungen, Laktoseintoleranz
- Vorangegangene Darm-Operation mit resultierender **Darmdysfunktion**

- Bestehende oder zu erwartende Mangelernährung, bzw. Gewichtsverlust >5% in den vergangenen 3 Monaten
- **Stoma**

Wichtig – eine gute Anamnese wenn Symptome auftreten

Treten Symptome auf, sind die Einschätzung des Schweregrades bzw. Häufigkeit der Stuhlgänge mit zusätzlich auftretenden Nebenwirkungen und/oder deren Auswirkungen zu ermitteln. Es wird vor Beginn der Therapie die Anamnese der Stuhlgewohnheiten, Beschreibung der Häufigkeiten und der Stuhlbeschaffenheit (Konsistenz) empfohlen, um bei auftretenden Symptomen auf den Schweregrad der Nebenwirkung schließen zu können. Besonders Nebenwirkungen unter onkologischen Therapien zu erkennen, diese von Ausscheidungsveränderungen durch Diätfehler zu unterscheiden, sie richtig einzuschätzen und adäquat zu behandeln, sind Herausforderungen für Pflegende im interdisziplinären Team begleiten. (Gruber, 2016).

Als ‚**Therapieentscheidende Komplikationen**‘ sind Bauchkrämpfe, nächtlicher Stuhlgang, Fieber, Übelkeit, Elektrolytentgleis und, Hypovolämie aufgeführt. Ganz besonders ist die Dauer und Häufigkeit der Diarrhoe, der Flüssigkeitsverlust, die Frage nach Übelkeit und zusätzlichem Erbrechen, ob Essen und Trinken noch möglich sind, zu erfragen. Weiter sollte der Hautturgor, die Feuchtigkeit der Schleimhäute, die Urinfarbe, der Kreislaufzustand in die Beurteilung einbezogen werden. Weitere Einflüsse wie zusätzliche Medikamenteneinnahme und eventuelle Selbstmedikation sind in der Behandlungskomplexität festzustellen und einzubeziehen. Als Beispiel wird aufgeführt, dass bei bestimmten Tumortherapien auch Antibiotika eingesetzt werden und diese Diarrhoen verursachen können. Eine Diarrhoe auf Grund von Durchfallerreger ist auszuschließen

(AWMF, 2016). Es wird hingewiesen, dass bei einer chronischen Diarrhoe und insbesondere bei einer radiogenen Diarrhoe auf eine Malabsorption und Zeichen eines Nährstoffmangels zu achten ist.

Die Therapieempfehlungen werden je nach Grad der Diarrhoe ohne zusätzlicher ‚Risikokonstellation‘, z. B. mit Loperamid für Diarrhoen Grad 1 oder 2, gegeben. Bei einer schweren Diarrhoe (ab Grad 3), mit mehr als 7 Stühlen sollte eine stationäre Aufnahme erwogen werden und weitere Therapieoptionen-, schemata und Medikamentendosierungen, wie z. B. von Loperamid und Tinctura Opii werden ausführlich in den jeweiligen Kapiteln „Tumorthapie-induzierter und radiogene Diarrhoe“ der Leitlinie beschrieben.

Eine generelle Empfehlung zum medikamentösen Standardvorgehen als Prophylaxe der tumorthapieinduzierten Diarrhoe wird derzeit lt. Leitlinie nicht gegeben. Die Gabe von Synbiotika (Pro-/Präbiotikum) kann bei immunkompetenten Patienten, nach strenger Nutzen-Risiko-Bewertung erwogen werden. Substanzen für die medikamentöse Prophylaxe und Empfehlungen werden aufgeführt. (AWMF, 2016)

Beratung für Stomaträger:

Hier kann abgeleitet werden, dass die intensive Beratung besonders von Patienten mit einer Ileostomie oder Jejunostomie bereits vor Entlassung aus der Klinik und fortwährend vor einer onkologischen Therapie und während der Therapie dringend zu empfehlen ist. Speziell bei Patienten mit einem Stoma ist zu beachten, dass die Magen-Darm-Passage verkürzt und somit die Resorption von Nahrungsbestandteilen, Vitaminen usw. als auch oral eingenommenen Medikamenten verändert ist (Gruber, 2016). Eine Kontaktaufnahme auch zwischen den Therapieterminen bei einem Auftreten von Nebenwirkungen mit dem behandelnden Arzt (Onkologe, Gastroenterologe, Radiologe, Chirurg, Ernährungsexperten, Schmerztherapie usw.) onkologischen Fachpflegekräften oder/und der PflegeexpertIn SKW sind wichtig, um die Situation im multiprofessionellen Team einzuschätzen und ggfs. die Therapie anzupassen oder unmittelbar einzuleiten (Schulze-Bergkamen, 2014) (Gruber, 2015). Dieser Schritt ist beson-

ders bei Betroffenen mit Ileostoma/Jejunostoma oder einer Harnableitung entscheidend um der Gefahr von Nebenwirkungen, zum Beispiel eines akuten Nierenversagens, vorzubeugen.

Falls nach einer Zystektomie Darmanteile zur Urinausscheidung/Harnableitungen wie bei einem Ileumconduit oder einem Urin-Pouch oder einer Neoblase umfunktioniert wurden, ist während einer medikamentösen onkologischen Therapie folgendes zu beachten: Es besteht die Gefahr der Rückresorption. Je nach Harnableitung kann es zu Störungen des Harnflusses, mit Harnwegsinfekten und weiteren Nebenwirkungen kommen. Es wird während einer onkologischen Therapie empfohlen bei Harnabflussstörungen abzuklären, ob Harnleiterschienen bei Conduits, der intermittierende Selbstkatheterismus (ISK) oder eine vorübergehende Dauerkatheterableitung bei Urostomien, Pouch und Neoblasen nötig sind, um die Gefahr der Rückresorption harnpflichtiger Substanzen oder von Medikamenten im „Darmreservoir“ zu reduzieren (Gruber & Karg-Straninger, 2017) (AWMF, 2016).

Beratungsinhalte:

Bei Diarrhoen sind nochmals gezielte Hinweise zur Ausscheidungsmenge (>2 bis 2,5 L, (Kruck, 2015) zu geben sowie die Ernährung mit der Ernährungsberatung und zum Verhalten im Alltag, mit dem onkologischen/radiologischen Team abzustimmen. Auch müssen sie mit dem Patienten, bezogen auf seine individuelle Situation, mehrmals und situativ im Behandlungsablauf besprochen werden. Bisherige medikamentöse Therapieoptionen sind abzuklären, bzw. bestehende anzupassen oder ein Behandlungsschema zu erstellen, um den Flüssigkeitsverlust oder eine Mangelernährung und dessen Folgen vorzubeugen oder auszugleichen. Erneute oder auch weitere Beratungen und Schulungen sind einzuplanen und mit dem Patienten zu koordinieren (Sailer, 2010).

Praktische Umsetzung:

Wie aus den o. a. Ausführungen hervorgeht, können die Nebenwirkungen, oder der daraus resultierende Gewichtsverlust auch Einfluss auf die Stomaversorgung haben. Veränderungen des Wechselintervalls, Versorgungs-schwierigkeiten, Undichtigkeiten mit

Ablösen der Versorgung bis hin zu Hautproblemen können auftreten. In diesen Fällen reicht es nicht, nur größere Ausstreifbeutel oder High-Output-Beutel bei Ileostoma/Jejunostoma einzusetzen! Für Betroffene mit einer Kolostomie muss zusätzlich der Hinweis erfolgen, dass bei Diarrhoen dann ein Ausstreifbeutel zu verwenden ist. Die **Stomaversorgung** ist bei den in der Leitlinie beschriebenen therapiebedingten Nebenwirkungen der Haut wie einer Dermatitis, akneiformes Exanthem, Radiodermatitis im parastomalen Bereich ebenfalls bzgl. Hautschutzmaterial und Ausführung (durchgehende hydrocolloide Hautschutzflächen in plan, konvex, Zubehör) anzupassen (Gruber, 2015) und ggfs. dermatologisch abzuklären.

Bei Patienten die im parastomalen Bereich bestrahlt werden kann eine radiogene Dermatitis auftreten. In der Leitlinie sind Empfehlungen und nicht zu verwendende Pflegeprodukte/Inhaltsstoffe aufgeführt, die auch für die Beratung von Stomaträgern hilfreich sind.

Spezielle Beratungsthemen:

Nagelveränderungen oder auch das Hand-Fuß-Syndrom, wie auch die **Chemotherapie-induzierte periphere Neuropathie (CIPN)** werden in der Leitlinie als Nebenwirkungen der Tumorthherapie aufgeführt. Sie können in der Stomatherapie als Nebenwirkungen gesehen werden, die die Stomaversorgung und die Selbstversorgung beeinflussen (Gruber, 2014). Als Beispiel sei hier nur die eingeschränkte Handhabung des Rastringes oder der Beutelklammer oder des Ablasshahnes bei Urostomiebeutel beispielhaft aufgeführt.

Mucositis

Die Empfehlungen zur Behandlung der Entzündung der Mundschleimhaut (**orale Mucositis**) umfassen die kontinuierliche Beobachtung, und Untersuchung der Mundhöhle, prophylaktische Maßnahmen wie Mundpflege, Mundbefeuchtung und -spülungen, vermeiden von Noxen, wie scharfe Gewürze, säurehaltige Getränke, Alkohol, Nikotin und beispielsweise heiße Speisen oder Getränke und fortlaufende Kontrollen (AWMF, 2016). Für Patienten mit Stoma ist zu beachten, wenn ein Candidabefall der Mundhöhle auftritt kann es auch zu einer parastomalen Mycose oder zu einer Darmmycose kommen. Die Sympto-

me sind dem Arzt mitzuteilen und die Therapie einzuleiten (Gruber, 2016).

Eine **Mucositis** kann auch mit Kontaktblutungen oder Blutungen der „Stoma“-Stomaschleimhaut oder über den „Rektumstumpf“ einhergehen. Die Patienten sind über Zusammenhänge und Verhaltensweisen zu informieren.

Unter einer Radiotherapie im kleinen Becken kann es zu einer **radiogenen Proktitis** kommen. Die Symptome, erhöhte Stuhlfrequenz, Gefühl der inkompletten Entleerung, Krämpfe bei der Stuhlentleerung, rektaler Schleimbau und ggfs. Blutungen können sich mit einer Enteritis vergesellschaften (AWMF, 2016). Die Ursachen sind abzuklären und eine Therapie einzuleiten. Besonders sollten Harnkontinenz (DNQP, 2009)- oder Stuhlintinenzstörungen in die Beratung eingebunden werden, wie auch mögliche Strategien zum Umgang mit diesen Funktionsstörungen, während einer onkologischen Therapie besprochen werden (Gruber, 2014).

Die Überleitung, die weitere Anleitung oder die Klärung auftretender Fragen sind mit den nachversorgenden Akteuren der Rehabilitationseinrichtung, dem Homecare-Bereich oder bei Bedarf mit der ambulanten Pflege (Droste & Gruber, 2010) abzustimmen. Eine geregelte Überleitung (DNQP, 2009) wie auch seit 2015 als Entlassmanagement im § 39, Abs. 1a SGB V gefordert, ist umso wichtiger, da sich die Versorgungsstrukturen in der Onkologie in den vergangenen 20 Jahren geändert haben. Heute werden fast 90 % der Tumorbehandlungen ambulant im niedergelassenen Bereich (onkologische Praxen) oder in Tageskliniken (z. B. MVZ) durchgeführt (Dengler, 2016) und von onkologischen Fachpflegekräften betreut. Stationäre Aufenthalte machen nur einen geringen Anteil aus – bei hochdosierten Therapien bzw. bei älteren Patienten, wenn keine adäquate häusliche Versorgung möglich ist. Im nichtstationären Bereich gibt es bei Bedarf ergänzend die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV), die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) und die Zusammenarbeit mit Palliative-Care-Teams oder dem Hospiz. Wenn die selbstständige Versorgung in dieser Phase schon absehbar nicht möglich ist, muss bereits in der Klinik zusammen mit dem Sozialdienst die benötigte „Pflege“ und Unterstützung bei

den Kostenträgern (Kranken-/Pflegekassen usw.) und dem niedergelassenen Arzt organisiert werden.

Ausblick

Auch in diesem Setting kann die Pflegeexpertin SKW eine zentrale sektorenübergreifende Stellung einnehmen, um die Situation zielgerichtet, bedarfsorientiert für den Patienten mit zu organisieren, damit eventuell auftretenden Nebenwirkungen oder Versorgungsprobleme schnell erkannt, und behandelt werden und die Therapie nicht abgebrochen wird.



Weitere Informationen unter www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/032-0540L.htm



Gabriele Gruber
MSc Gesundheitsmanagement,
Systemmanagerin Qualität im
Gesundheitswesen, Risikobeauftragte,
akad. Kontinenz- und Stomaberaterin,
Pflegeexpertin SKW FgSKW e. V.,
Krankenschwester, Beraterin im Gesund-
heitswesen, Fachautorin und Dozentin
MedicalSupport, München,
kontakt@gabriele-gruber.de

Literaturverzeichnis

AWMF, 2016. *Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.; S3-Leitlinie Früherkennung, Diagnose, Therapie und Nachsorge des Harnblasenkarzinoms*. [Online] Available at: http://leitlinienprogramm-onkologie.de/uploads/tx_sbdowloader/LL_BlasenCa_Langversion_Konsultationsfassung.pdf [Zugriff am 29.05.2017 Mai 2017].
AWMF, 2016. *S3-LL Supportive Therapie*

bei onkologischen PatientInnen AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.). [Online]

Available at: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/032-0540L.html> [Zugriff am 12 Juni 2017].

Dengler, R., 2016. *Ambulante Versorgung von hämato-onkologischen Patienten in Schwerpunktpraxen*. *Onkologische Pflege*, Issue März 2016, pp. 15-21.

DNQP, 2009. *Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege*. [Online] Available at: http://www.wiso.hs-os-nabrueck.de/fileadmin/users/774/upload/ExpertenstandardEntlassungsmanagement_Akt.pdf [Zugriff am 14. Mai 2014].

Droste, W. & Gruber, G., 2010. *Sektorenübergreifender Leitfaden Stomatherapie für Krankenhäuser, die ambulante Homecare-Versorgung und Rehabilitationskliniken*. 2. Hrsg. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.
Gruber, G., 2014. *Parastomale Hautveränderungen unter zielgerichteter Antikörpertherapie in der Onkologie. Eine neue Ursache für parastomale Komplikationen und deren pflegerischen Versorgungsschwierigkeiten?*. s.l.:(unveröffentlichte akadem. Abschlussarbeit).

Gruber, G., 2015. *Stomapflege bei gezielter Krebstherapie*. *Die Schwester Der Pfleger*, Issue 54. Jahrgang, 06/15, pp. 42-45.

Gruber, G., 2016. *Medikamenten-Nebenwirkungen bei Patienten mit Darmstomata*. *Onkologische Pflege*, Band 4, pp. 25-29.

Gruber, G. & Karg-Straninger, R., 2017. *Stomatherapie unter Radio-Chemotherapie*. In: G. Gruber, Hrsg. *Ganzheitliche Pflege bei Patienten mit Stoma*. Berlin: Springer-Verlag.

Kruck, P., 2015. *Das Kurzdarmsyndrom – Wenn Dünndarm fehlt*. *ILCO-Praxis*, Band 1-15, pp. 38-50.

Kruck, P., 2017. *Pathophysiologie nach Verlust eines Darmanteiles*. In: G. Gruber, Hrsg. *Ganzheitliche Pflege bei Patienten mit Stoma*. Berlin: Springer Verlag.

Sailer, M., 2010. *Patientenedukation*. In: E. Panfil & G. Schröder, Hrsg. *Pflege von Menschen mit chronischen Wunden – Lehrbuch für Pflegenden und Wundexperten*. Bern: Verlag Hans Huber.

Schulze-Bergkamen, H., 2014. *Moderne zielgerichtete Therapien in der Onkologie*. *MagSi Fachzeitschrift für Pflege, Fortbildung und Berufspolitik*, April, p. o.A..

Für mehr Kapazität und Diskretion

Die zweiteiligen SenSura® Mio Ileo-Tagdrainagen

NEU

Freie Wahl zwischen
Flex, Click und Mini



Das neue zweiteilige SenSura Mio Ileo-Tagdrainagen – Sortiment überzeugt durch seine Vielseitigkeit und komplementiert die zweiteilige SenSura Mio Produktfamilie.

Die neuen 21 Stomabeutel sind mit allen SenSura Mio Basisplatten kompatibel und werden vorwiegend postoperativ sowie bei High-Output-Stomata eingesetzt.

Neue Varianten: Flex-Klebekopplung und „mini“-Ausführung

Neue Eigenschaften: Aufgedruckte Messskala und Sichtfenster

Altbewährtes: SenSura Mio Ringfilter und diskreter, lichtgrauer Textilstoff

Erfahren Sie mehr unter www.coloplast.de



SenSura® Mio

Stomaversorgung multiprofessionell und diskursiv

MEDCARE beleuchtet aktuelle Versorgungswege rund um Stoma, Kontinenz und Wunde

MEDCARE

Kongress mit Fachausstellung
für klinische und außerklinische
Patientenversorgung
27. bis 28. September 2017

Die Zahl der Stomaträger beläuft sich in Deutschland laut dem Barmer GEK Hilfsmittelreport auf schätzungsweise circa 160.000. Damit geht der Bedarf an einer entsprechend fachgerechten und notwendigen pflegerischen Versorgung dieser Menschen mit einem Stoma einher. Aktuelle Entwicklungen der Behandlungsoptionen und detaillierte, praxisbezogene Anleitungen für die Pflegefachkräfte bietet die MEDCARE vom 27. bis 28. September 2019. Die Auswahl der Themen erfolgte aufgrund aktueller Fragestellungen aus der pflegerischen Praxis sowie den neuesten wissenschaftlichen Arbeiten einiger Pflegeexperten in den Themenfeldern Stoma, Kontinenz und Wunde. Unterstützt sowie zertifiziert wird das Programm durch die Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde e.V.

„Die MEDCARE stellt eine ausgezeichnete Gelegenheit dar, die jeweils neuesten Erkenntnisse und Entwicklungen aus den Bereichen Stomatherapie, Kontinenzförderung und Wundmanagement einem interessierten Fachpublikum

zu präsentieren“, erklärt Werner Droste, Vorsitzender der Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde e.V. (FgSKW) sowie Mitglied im Fachbeirat der MEDCARE. „Insbesondere schätzen wir den intensiven Dialog in den Veranstaltungen, da viele Programmanteile als interaktive Workshops mit direktem Austausch zwischen Vortragenden und Teilnehmenden ausgestaltet sind.“

Stoma-Fotodokumentation von großer Bedeutung

Gemeinsam mit der FgSKW wurden zahlreiche Themen gesammelt, die zur MEDCARE erörtert werden. Ein Seminar beschäftigt sich mit Vorkehrungen, die während der fotografischen Dokumentation eines Stomas zu beachten sind. Wie wichtig eine gute Stoma-Fotodokumentation ist, hebt Werner Droste hervor: „Die Antwort auf diese Frage ist sehr einfach und leicht: Eine gute Stoma-Fotodokumentation ist für die Pflegeexperten im Bereich Stoma, Kontinenz und Wunde eine sehr wichtige Qualitätssicherungsmaßnahme. Sie erlaubt eine Beschreibung der individuellen Versorgungsbesonderheiten. Schriftliche Informationen werden somit um wichtige Details ergänzt und die Bearbeitungszeit der pflegerischen Dokumentation bei richtiger Anwendung verkürzt.“

Mit Blick auf die nachhaltige Sicherung der Versorgungsqualität stellt die gute Stoma-Fotodokumentation ein wichtiges Mittel dar, um den Betroffenen und ihren betreuenden Angehörigen eine wertvolle Hilfestellung für nachstationäre Versorgung an die Hand zu geben. Gerade bei Weitergabe der Informationen im Sektorenübergang ist eine aussagekräftige Fotodokumentation sehr hilfreich und von großer Bedeutung.“

Konvexe Stomaversorgungsprodukte – Wie auswählen?

Worauf bei der Auswahl konvexer Stomaversorgungsprodukte zu achten ist, wird in einem weiteren Seminar thematisiert. Bezugnehmend dazu wurden in einer durch internationale Experten besetzten Konsenskonferenz vielseitige und umfassende Empfehlungen erarbeitet. Im Einzelnen wurden zu konkreten Fragestellungen entsprechende Handlungsempfehlungen auf Basis wissenschaftlicher Arbeitsweise erstellt und von den Teilnehmern verabschiedet. Die Ergebnisse der Konferenz werden zur MEDCARE vorgestellt.

Stomaversorgung diskursiv

Die postoperative Stomaversorgung stellt einen wichtigen Punkt im Rehabilitationsprozess des Patienten dar, weiß



Schulung, Beratung und Anleitung zur Selbstversorgung in den Vordergrund zu stellen. Vor diesem Hintergrund befasst sich eine interaktive Falldiskussion mit pflegfachlichen Fragestellungen zur postoperativen Stomaversorgung. Wann und wie wird das Stoma versorgt? Welches Versorgungssystem ist das richtige für den Stomaträger?

Arbeit im multiprofessionellen Team unverzichtbar

Eine weitere Falldiskussion nimmt Bezug zu multiplen Faktoren, die Einfluss auf den optimalen Ablauf der Stoma- und Fistelversorgung nehmen können. Margarete Wieczorek bestätigt, dass eine effiziente Versorgung oftmals eine große Herausforderung für alle an der Therapie Beteiligten darstellt, wenn Komplikationen mit darauf folgenden Versorgungsproblemen auftreten. Für den Betroffenen kann eine derartige Problemsituation mit einer erheblichen Auswirkung auf seine Lebensqualität verbunden sein. Dies unterstreicht die Signifikanz einer

Margarete Wieczorek vom Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg. Nach der Operation sei ein Hauptaugenmerk auf die regelmäßige Kontrolle und Beobachtung der Stomaaanlage und der peristomalen Haut gerichtet. Als weiterer wichtiger Bestandteil sei die fachgerechte Stomaversorgung mit dem frühen Miteinbezug des Stomaträgers in die

erfolgreichen Ursachenforschung an der sich ein Behandlungskonzept anlehnt. Für die ebenso relevante, ganzheitliche Betrachtungsweise des Patienten ist somit das Zusammenspiel im multiprofessionellen Team unverzichtbar. Im Vortrag werden die genannten Themen diskutiert und anhand von Fallbeispielen mit möglichen Lösungen aus der Praxis dargestellt.

Zertifizierte Fortbildung

Die MEDCARE 2017 wird durch die FgSKW mit 6 Punkten pro Tag als Fortbildung anerkannt.

Über die MEDCARE

Die MEDCARE ist der neue nationale Branchentreff für die klinische und außerklinische Patientenversorgung. Im Fokus des Kongresses und der Fachausstellung steht die Behandlungspflege mit Therapieverfahren wie moderne Wundversorgung, medizinische Ernährung, Stoma- und Inkontinenzversorgung sowie Palliativmedizin. Spezielle Workshops und Vorträge widmen sich der Intensivpflege und der Patientensicherheit. Ein besonderer Schwerpunkt des Veranstaltungskonzepts liegt auf der Organisation der Patientenüberleitung zwischen klinischem und außerklinischem Bereich. 2015 nutzten mehr als 1000 Kongressteilnehmer die MEDCARE als sektorenübergreifende Fortbildung und zum Informationsaustausch mit den insgesamt 70 Ausstellern. Die MEDCARE 2017 findet vom 27. bis 28. September in Leipzig statt.

Ansprechpartner für die Presse:

Karoline Nöllgen
Pressesprecherin Medizinische Messen
Leipziger Messe GmbH

Telefon: +49 (0)341 / 678 6524
Telefax: +49 (0)341 / 678 166524
E-Mail: k.noellgen@leipziger-messe.de
Twitter: @KNoellgen
www.leipziger-messe.de

MEDCARE im Internet:
www.medcare-leipzig.de
#medcare17

Newsletter: Topaktuell informiert mit dem Newsletter der MEDCARE. Jetzt anmelden!

DEUTSCHE ANGESTELLTEN-AKADEMIE

**Pflegeexperte
Stoma-Kontinenz-Wunde**
Entsprechend der Curricula der FgSKW und ICW

19.02.2018 - 29.03.2019
Sie erhalten die von der FgSKW und ICW anerkannten Zertifikate

Refresher - Rezertifizierung

- für Pflegeexperten Stoma-Kontinenz-Wunde
- für Wundexperten ICW/TÜV

4 Tage • alle Punkte • 32 P. FgSKW + 8 P. ICW
24.05. - 27.05. • 09.08. - 12.08. • 13.12. - 16.12.2018
Die Themen entnehmen Sie bitte unserem Flyer.
Es können auch einzelne Seminartage gebucht werden.



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



**Bildung
schafft Zukunft**

www.daa-kassel.de



Bauchgespräche:

Regensburger Pflegekongress

Unter dem Motto „Das Gute tun und es gut tun“ (Johannes von Gott) trafen sich über 100 Kolleginnen und Kollegen am Krankenhaus Barmherzige Brüder in Regensburg, um alles Wissenswerte über die zytoreduktive Chirurgie zu hören, interessante Techniken kennenzulernen, wie sie mit ihren Patienten und deren Angehörigen strategisch kommunizieren können und um in das ABC der Stoma-, Wund- und Fistelversorgung abzutauchen.

Des Weiteren setzten sie sich mit neuen Ernährungsformen bei Krebs auseinander. Als weiterer Punkt standen Methoden zur Druckentlastung der Bauchdecke auf dem Programm, die unter Anleitung eines Physiotherapeuten geübt wurden. Als klinisches Beispiel verfolgten sie den Weg eines Stomapatienten durch das Krankenhaus bis hin zur ambulanten Versorgung.

Heat it to beat it

Prof. Dr. h.c. Pompiliu Piso, Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie stellte bei peritonealen Metastasen die Behandlungsmethode nach Sugarbaker vor und zeigte auf, wie sich diese Methode in Deutschland entwickelt hat. Auch in Regensburg hat sich diese Methode durch Prof. Piso etabliert. Seit 2011 erhielten über 600 Patienten eine

HIPEC-Therapie am Krankenhaus Barmherzige Brüder. Gleich im Anschluss erzählte Bernd Grouven, der erste HIPEC-Patient in der Prüfeninger Straße, seine Geschichte. Gespannt hörten die Zuschauer, wie er seine Krankheit erlebt und gelernt hat, mit ihr zu leben. Nach seinem spannenden Vortrag konnte Grouven in den Skiurlaub verabschiedet werden.

Nach der OP

Dr. Christian Hierl, Oberarzt der Klinik für Anästhesie und operative Intensivmedizin, aus Regensburg brachte in die bunte Welt der postoperativen Schmerztherapie Klarheit. Er berichtete über invasive Maßnahmen in der Schmerztherapie bis hin zu einer optimalen Lösung mit Hilfe von Medikamenten. Ergänzend beleuchtete Annika van der Linde aus dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf die Wichtigkeit der korrekten Verordnung der Medikation bei Stomaträgern. Um das Stoma an sich drehte sich der Vortrag von den beiden Pflegeexpertinnen Stoma-Kontinenz-Wunde – Margarete Wiczorek und Doris Schemm-John. Anhand von Fallbeispielen aus ihrem Arbeitsalltag stellten die beiden Expertinnen die aktuellen pflegerischen Behandlungsstandards bei der Stomaversorgung vor.

Kurzer Darm – Großes Problem?

Rund um die richtige Ernährungstherapie bei Kurzdarmsyndrom ging es bei der Ernährungsberaterin Nadine Grundschock. Hier lag das Hauptaugenmerk darauf, wenn welcher Teil des Darmes fehlt, welche Nährstoffe, Elektrolyte nicht resorbiert werden können und wie anpassungsfähig der verbleibende Restdarm des Patienten ist.

In der Mittagspause präsentierte die engagierte Wundexpertin Julia Romer, Gesundheits- und Krankenpflegerin auf der Allgemein- und Viszeralchirurgie, einen aktiven Versorgungsparcour zum Thema „StomaProbleme?“. Die Besucher hatten die Möglichkeit an handgefertigten Gipsbäuchen mit realistisch dargestellten Stomakomplikationen effiziente Lösungen auszuprobieren.

Paradigmenwechsel – Ketogene Ernährung bei Krebs

Nicole Erickson arbeitet als staatlich anerkannte Diätassistentin in München. Die ketogene Diät hat das Ziel, den metabolischen Zustand des Fastens zu imitieren und ist sehr fettreich und kohlenhydratarm. Nach einem spannenden Vortrag über die Vor- und Nachteile der ketogenen Ernährung, konnte das Audi-

Bilder: Krankenhaus Barmherzige Brüder

torium den Schluss ziehen, dass aufgrund der unzureichenden Datenlage eine ketogene Diät bei Krebsdiagnosen als ergänzende Therapie nicht empfohlen werden kann. Ein guter Kompromiss stellt hier die mediterrane Ernährung dar. Diese Ernährungsform ist relativ fettreich, zahlreiche Interventionsstudien belegen kardio-protective Effekte und es konnten auch antikanzerogene Effekte festgestellt werden.

Die Tücken der Sprache – Renate Reyersbach

Welche Effekte allein durch die Sprache erzielt werden können, zeigte uns in einem eindrücklichen Vortrag Diplompsychologin Renate Reyersbach. Sie erklärte an Beispielen, wie sich Negativsuggestionen – die sowohl verbal als auch non-verbal getätigt werden können – auf unsere Patienten auswirken. Vielmehr sollten Pflegekräfte mit direkten/indirekten und verbalen beziehungsweise non-verbalen Positivsuggestionen arbeiten – und vor allen unseren Patienten gegenüber ehrlich sein.

Wer macht das? Wer bezahlt das?

Marianne Scheimer, Leiterin des Sozialdienstes, klärte darüber auf, welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen, damit eine Anschlussheilbehandlung beantragt und dann auch letztendlich durch den Patienten angetreten werden kann. Auch die gesetzlichen Leistungen zu einer Rehabilitation, die den Patienten zustehen, brachte Marianne Scheimer den Zuhörern näher. Details zur Umstellung von den bisher geltenden Pflegestufen auf die aktuellen Pflegegrade und die Systematik der neuen Einstufung wurden ebenfalls von ihr präsentiert.

Der bewegte Patient – Eigen- und Fremdmobilisation

Nach einer kurzen Kaffeepause ging es bewegt weiter. Wolfgang Bergauer, stellvertretender Leiter der Physiotherapie, zeigte gemeinsam mit beziehungsweise an einem Kollegen, was Patienten nach der operativen Anlage eines

Stomas machen können, um bald möglichst körperlich wieder fit zu werden und Sport zu treiben.

Königsdisziplin Fistelversorgung

Den Abschluss des Tages bildete Mike Becker zum Thema der Fistelversorgung. Mit eindrucksvollen Bildern aus dem Alltag eines Wundmanagers zeigte er den Anwesenden einfallsreiche und innovative Wege, wie man schwierigen Wundverhältnissen Herr wird.

Die Vielfalt aller Expertenvorträge zeigt die notwendige multiprofessionelle Zusammenarbeit in der Stomatherapie auf. Mit dem 1. Pflegekongress im Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg ist allen Beteiligten eine informative Veranstaltung mit vielen Impulsen gelungen.

*Barbara Zehner
Krankenhaus Barmherzige Brüder
Regensburg
Prüfeningstraße 86
93049 Regensburg*



Schmerzmittel

Methadon ist **kein** Krebsheilmittel

Schwerkranke

Krebspatienten vor unrealistischen Heilungserwartungen schützen

Das Opioid Methadon sollte nicht zur Tumorthherapie eingesetzt werden. Die derzeit vorliegenden Daten aus Labor- und Tierversuchen sowie einer Studie mit 27 Krebspatienten reichen nicht aus, um eine Behandlung zu rechtfertigen. Einige Medienberichte wecken dennoch bei an Leukämie oder Hirntumor erkrankten Patienten die falsche Hoffnung auf Heilung. Methadon ist zur Behandlung starker Schmerzen zugelassen und ein etabliertes Medikament in der Schmerztherapie bei Krebserkrankten. Darauf macht der Arbeitskreis Tumorschmerz der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. anlässlich erneut medial verbreiteter Berichte zu „Methadon als Krebsmittel“ aufmerksam.

Seit einigen Monaten kursieren in den Medien Berichte über eine angebliche onkologisch-therapeutische Wirkung des Opioids Methadon, das die meisten Menschen vor allem als „Entzugsmittel“ für Heroinabhängige kennen. „Wir setzen Methadon zudem seit vielen Jahren bei Patienten mit Tumorschmerzen ein. Es ist ein stark wirkendes Medikament mit erheblichen Nebenwirkungen und überdies nicht einfach zu steuern, da es eine hohe Halbwertszeit besitzt“, erklärt PD Dr. med. Stefan Wirz, Sprecher des Arbeitskreises Tumorschmerz der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. Damit steige die Gefahr, dass sich die Konzentration von Methadon im Blut stark erhöht und es zu lebensgefährlichen Komplikationen kommt, wie beispielsweise einem Atemstillstand. Weitere opioidtypische Nebenwirkungen von Methadon sind zudem Übelkeit und Erbrechen, Verstopfung, Atembeschwerden, Veränderung der Geschlechtshormone und Herzrhythmusstörungen.

Einige Fernseh- und Hörfunkbeiträge haben erste Erkenntnisse zu „Methadon als Krebsmittel“ aus Labor- und tierexperimentellen Studien sowie einer im März veröffentlichten Studie aufgegriffen, an der 27 Krebspatienten teilnahmen, die Hirntumore (Gliome) haben. Diese Beiträge vermittelten den Eindruck, dass Methadon vor allem für therapieresistente Tumore eine erfolgversprechende Therapieoption sei. „Das ist falsch. Was im Labor und in sehr kleinen Studien funktioniert, hat bei Patienten in der breiten Anwendung nicht zwangsläufig die gleiche Wirkung“, betont Wirz, der als Chefarzt der Abteilung für Anästhesie, Interdisziplinäre Intensivmedizin, Schmerzmedizin/Palliativmedizin am katholischen Krankenhaus im Siebengebirge, Bad Honnef, tätig ist. Infolge von Medienberichten entstand außerdem ein erheblicher Druck auf Ärzte, Methadon zu verschreiben.

Im Laborversuch hatten Forscher 2014 herausgefunden, dass die Gabe von Methadon bei Glioblastomzellen, die Wirkung von Zytostatika, also Medikamenten, die verhindern oder verzögern, dass sich Tumorzellen teilen und verbreiten, um 90 Prozent verstärken. Grund dafür sind Opioid-Rezeptoren an der Oberfläche der Tumorzellen, an die das Methadon, aber auch die anderen zur Schmerztherapie eingesetzten Opioide, andocken. Dadurch wird die Aufnahme des „Zellgifts“ (das Zytostatikum) in die Zelle erleichtert und der Transport aus der Zelle gehemmt, sodass sich das Medikament in den Krebszellen besser anreichert. Zwei günstige Effekte, die das Absterben der Tumorzelle beschleunigen können. „Ob Methadon oder andere Opioide diese unterstützende und verstärkende Wirkung auch bei Patienten mit Glioblastom haben könnten, weiß man zum jetzigen Zeitpunkt nicht“, so Wirz.

Methadon ist nur zur Schmerztherapie oder zur Substitution bei Opiatabhängigkeit zugelassen. „Eine Prognosebesserung durch Methadon bei Tumorkranken ist nicht wissenschaftlich belegt. Der Arbeitskreis Tumorschmerz lehnt daher – wie einige andere medizinische Fachgesellschaften auch – eine Anwendung Methadons zur Tumortherapie ab“, betont Wirz. Der Präsident der Deutschen Schmerzgesellschaft Professor Dr. med. Martin Schmelz ergänzt: „Ein zentrales ärztliches Behandlungsziel lautet: ‚Erstens: Richte keinen Schaden an! Wenn also die Aktivierung von Opioid-Rezeptoren an Tumorzellen für die Wirkung von Methadon verantwortlich sein soll, muss doch an Tumorzellen zunächst getestet werden, ob die klinisch ohnehin breit eingesetzten Opioide wie Morphin, Fentanyl oder Oxycodon die gleiche Wirkung haben.“ Bevor eine problematische Substanz wie Methadon am Menschen getestet wird, muss demnach klar sein, dass man den gleichen Effekt nicht auch mit einer nebenwirkungsärmeren Substanz erzielen kann. Es existieren derzeit aber weder diese Grundlagenther-

apie noch die erforderlichen kontrollierten Studien an Patienten. Ohne diese Evidenz darf eine verantwortungsvolle Medizin den Einsatz von Methadon zur Tumortherapie nicht befürworten.

„Mit der Hoffnung und den Erwartungen der Patienten darf man nicht leichtfertig umgehen“, so Schmelz, der an der Klinik für Anästhesiologie an der Medizinischen Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg mit experimenteller Schmerzforschung befasst ist. In Übereinstimmung mit der Stellungnahme der Heimatfakultät, aus der die Primärergebnisse zu Methadon stammen, sieht der Schmerz-Präsident zudem die Gefahr, dass Patienten durch solche Fehlinformationen eine etablierte und wissenschaftlich belegte Therapie ablehnen könnten, um stattdessen eine Methadon-Therapie zu fordern, deren Wirksamkeit nicht erwiesen ist.

Literatur

Onken J, Friesen C, Vajkoczy P, Misch M: *Safety and Tolerance of D, L-Methadone*

in Combination with Chemotherapy in Patients with Glioma. Anticancer Res. 37:1227-1235, 2017. <http://ar.iiarjournals.org/content/37/3/1227.long>
Hofbauer H, Schenk M, Kieselbach K, Wirz S: *Einsatz von Methadon zur Unterstützung der onkologischen Therapie? Eine Stellungnahme des Arbeitskreises Tumorschmerz der Deutschen Schmerzgesellschaft. Der Schmerz, Februar 2017, Volume 31, S. 2-4. DOI 10.1007/s00482-016-0183-9. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00482-016-0183-9>*
Methadon bei Krebspatienten: Zweifel an Wirksamkeit und Sicherheit. Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie (DGHO), 26.04.2017. https://www.dgho.de/informationen/stellungnahmen/gute-aerztliche-praxis/DGHO_Stellungnahme_Methadon%2020170426_.pdf
Gliomtherapie mit Methadon: bisher nur experimentell getestet – Wirkung beim Menschen völlig unklar. Gemeinsame Stellungnahme der Neuroonkologischen Arbeitsgemeinschaft in der Deutschen Krebsgesellschaft (NOA) und der Deutschen Gesellschaft für Neu-

BILDUNGSWERK E. V. 

BILDUNGSZENTRUM RUHR 

Weiterbildung zum Pflegeexperten Stoma • Inkontinenz • Wunde Start: November 2017

inkl. Basisseminar Wundexperte ICW und Schmerzmanagement

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

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

Informieren Sie sich unter
www.bildungswerk-herne.de

Bildungswerk e.V., Hospitalstr. 19, 44649 Herne

Tel.: 02325 65222 500 • Fax: 02325 65222 509

E-Mail: bildungswerk@elisabethgruppe.de • Internet: www.bildungswerk-herne.de

Eakin Cohesive® alkoholfreie Hautschutzpaste

Dank ihrer einzigartigen Zusammensetzung verfügt die Eakin-Cohesive®-Paste über hautregenerative Eigenschaften. Ein entscheidender Vorteil, insbesondere wenn irritierte oder entzündete Haut geschützt werden muss.

TIPP:

Eakin Cohesive® Hautschutzpaste

ist ideal für Stomapatienten mit konvexer Versorgung. Die Cohesive®-Paste dichtet optimal ab, bleibt flexibel und sorgt für maximalen Tragekomfort.



Sicher und hautfreundlich versorgen:

- **Alkoholfrei! Brennt nicht! Auch nicht auf geschädigter Haut!**
- Reizfreier Hautschutz
- Ideal für Patienten mit empfindlicher Haut

Oftmals medizinisch notwendig:

- bei Hautschäden, z.B. in der Post-OP-Phase (auch bei Läsionen) und Wundrandschutz
- bei peristomalen Druckgeschwüren
- bei schwer zu versorgenden Stellen, z.B. zur Füllung und Abdichtung in Falten
- bei Hautunebenheiten rund ums Stoma, z.B. Narben
- bei problematischer Haut, z.B. Kinder- oder Altershaut
- bei Patienten, deren Haut auf alkoholhaltige Pasten sensibel reagiert

rologie (DGN), 26.03.2015
https://www.dgn.org/images/red_pressemitteilungen/2015/150326_Stellungnahme_NOA_DGN_Methadon_bei_Glioblastom_final.pdf
<http://www.uniklinik-ulm.de/news/article/1119/stellungnahme-zur-tumorthera-pie-mit-methadon-1.html>

Zur Deutschen Schmerzgesellschaft

Die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. ist mit fast 3.500 persönlichen Mitgliedern die größte wissenschaftlich-medizinische Fachgesellschaft im Bereich Schmerz in Europa. Die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. ist Mitglied der IASP (International Association for the Study of Pain) sowie der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften). Sie ist zudem die interdisziplinäre Schmerzdachgesellschaft von derzeit 18 mitgliederstarken weiteren medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften im Bereich Schmerz. Diese Fachgesellschaften repräsentieren rund 100.000 Mitglieder.

Diese Perspektive wird zudem erweitert durch die institutionelle korrespondierende Mitgliedschaft der Vereinigung aktiver Schmerzpatienten SchmerzLOS e.V. in der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.

Die Mitgliedschaft der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. ist interdisziplinär und interprofessionell und besteht aus Schmerzexperten aus Praxis, Klinik, Psychologen, Pflege, Physiotherapie u. a. sowie wissenschaftlich ausgewiesenen Schmerzforschern aus Forschung, Hochschule und Lehre.

Dagmar Arnold
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Telefon: 0711 8931-380
Telefax: 0711 8931-167
E-Mail:
arnold@medizinkommunikation.org

Thomas Isenberg
- Geschäftsführer -
Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.
Bundesgeschäftsstelle
Alt-Moabit 101 b, 10559 Berlin
Telefon: 030 39409689-0
Telefax: 030 39409689-9
Mobil: 0171 7831155
E-Mail: isenberg@dgss.org
Internet: www.dgss.org

Fragen, Muster,
Bestellungen:

0800-22 440 22
(gebührenfrei)

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

Dekubitus: wenn Druckgeschwüre Druck machen!

Dekubitus entsteht ursächlich durch lang einwirkenden Druck und/oder durch hohen Druck. Heute sind einige der Vorstellungen überholt:

Hauptpflege: Durch Cremes, Salben oder Lotionen lässt sich ein Dekubitus nicht direkt verhindern. Denn die oberste Hautschicht, Epidermis, hat keine eigene Blutversorgung, so dass in dieser Schicht hohe und lange Druckeinwirkung so schnell keinen Druckschaden auslöst. Die Epidermis kann Druck sehr lange standhalten, ohne Schaden zu nehmen. Dagegen sind tiefere Schichten wie Muskulatur eher vom Druck geschädigt. Deshalb geht man heute davon aus, dass in vielen Fällen ein Dekubitus von innen nach außen entsteht.

Da jedoch eine vorgeschädigte Haut schneller durch Druck Schaden erleidet, kann sinnvolle Hautpflege die Elastizität der Haut erhalten. Hautpflege verhindert also keinen Dekubitus, ist jedoch bei Altershaut oder trockener Haut sinnvoll.

Ischämie: Bisher wurde angenommen, dass ein Dekubitus eine ischämische Wunde sei, so dass durch das Abdrücken der Blutgefäße eine Minderdurchblutung entsteht, die einen Untergang des Gewebes zur Folge hat. Diese Vorstellung ist nicht falsch, würde jedoch Dekubitalgeschwüre, die innerhalb kürzester Zeit entstehen, nicht erklären. In der jüngeren Forschung zur Dekubitusentstehung hat man MRT Aufnahmen eingesetzt und dabei festgestellt, dass ein Dekubitus nicht nur über die Ischämie entstehen kann, sondern auch durch direkte Zellwandschädigung infolge hohem Druck.

Macht man sich dies klar, so bekommt das Sitzen von dekubitusgefährdeten Menschen eine ganz kritische Sichtweise. Denn der Druck ist im Sitzen um ein Vielfaches höher als im Liegen. Sitzen alleine verbessert aber auch nicht die Mobilität automatisch. Die Verteilung

des Druckes auf eine größere Fläche ist eine wirksame Möglichkeit, hohe Drücke zu vermeiden. Spezielle Antidekubitusmatratzen und vor allem Sitzkissen bekommen dadurch eine große Bedeutung.

Konvexe Knochen gefährdet!

Dekubitalgeschwüre entstehen typischerweise über konvexen Knochen wie Os sacrum (Kreuzbein) oder den Fersen. Dies liegt vor allem daran, dass über einem konvexen Knochen die dem Druck ausgesetzte Fläche kleiner ist, so dass der Druck in der Tiefe über einem konvexen Knochen immer höher ist als der Druck an der Hautoberfläche.

Differentialdiagnostik erforderlich

In der Praxis werden immer noch Wunden am Gesäß sofort für einen Dekubitus gehalten. In der Dokumentation wird deshalb meist immer „Dekubitus“ eingetragen. Dies hat natürlich unter Umständen rechtliche Folgen. Denn wenn einmal in der Dokumentation „Dekubitus“ steht, ist es schwierig hinterher zu belegen, dass es kein Dekubitus gewesen sei. Dekubitalgeschwüre werden häufig verwechselt mit Wunden, die durch Feuchtigkeit und Reibung am Gesäß entstehen. Deshalb sollen nachfolgend die wichtigsten Unterschiede dargestellt werden:

Dekubitus

Die Wunde entsteht typischerweise aus der Tiefe und ist schlecht durchblutet, eher nekrotisch. Das beginnende Druckgeschwür nimmt anfangs nur eine kleine Region ein, denn Druck ist an einer kleinen Stelle der menschlichen Haut sehr hoch. Dadurch ist die

Dekubitalstelle auch von der benachbarten Haut scharf abgegrenzt. Die benachbarte Haut ist (anfangs) nicht betroffen.

Inkontinenz Assoziierte Dermatitis (IAD)

Im Rahmen der Entstehung einer IAD muss immer eine Inkontinenz vorhanden sein: Urin- oder Stuhlinkontinenz. Vor allem flüssiger Stuhl oder normal geformter Stuhl mit Urin aufgeweicht wirkt an der Haut sehr schnell schädigend. Die IAD ist eine Kontaktdermatitis, d.h. sie entsteht durch Kontakt von Ausscheidungen mit der Haut, wodurch es an der Haut zu Entzündungen kommt.

Die IAD beginnt mit Aufquellen und weisslicher Verfärbung der Epidermis. Es kommt eine Rötung der beanspruchten Haut hinzu, die jedoch mit dem Fingertest «wegdrückbar» ist. Schliesslich kommt es zu oberflächlichen, in der Epidermis beginnenden Hautdefekten wie Einrissen. Es kann ebenfalls eine Schädigung der Dermis bei sehr lang anhaltender Einwirkung von Urin oder Stuhl stattfinden, so dass die Dermis chronisch entzündet ist. Diese Form wird im Alltag auch «Windeldermitis» genannt.

Farage (2007) weist darauf hin, dass Hautschäden im perinealen Bereich bereits nach zwei Tagen unzureichender Hautpflege und massiver Belastung der Haut auftreten können. In Pflegeheimen sind bis zu 75 Prozent der Bewohnenden von Inkontinenz zeitweise oder dauerhaft betroffen (Charite 2008).

Intertrigo

Intertrigo ist immer zwischen den Hautfalten lokalisiert, weil sich dort vor allem durch Schwitzen Feuchtigkeit

ansammelt. Die Feuchtigkeit ist meist Schweiß, der sich in den Hautfalten ansammelt. Intertrigo kommt vor allem bei adipösen Menschen an typischen Stellen vor: unter der Brust, zwischen den Bauchfalten oder in der Leistengegend.

Assessmenttools IAD

Es liegen vier Assessmentinstrumente für IAD vor. Ein Assessmentinstrument dient der Risikoerfassung, zwei dienen zur Klassifizierung einer bestehenden IAD und ein Instrument dient sowohl der Klassifizierung der IAD als auch Empfehlungen für die Versorgung. Das Instrument mit Therapieempfehlungen wird IADIT genannt: Incontinence-Associated Dermatitis Intervention Tool und wurde von Junkin 2008 entwickelt. Es enthält eine Risikoerkennung für IAD, eine Beschreibung IAD in Schweregrade und Empfehlungen für das jeweils korrekte Vorgehen. Um die Einstufung einer vorhandenen IAD richtig vorzunehmen, sind zusätzlich neben dem Text auch Fotos von jeweiligen Hautschäden vorhanden. Jukic-Puntigam & Steininger haben 2015 das IADIT Instrument auf Deutsch übersetzt und wissenschaftlich getestet. Es führt in der Praxis zu einer deutlichen Verbesserung der Versorgung von Patienten, weil es eine Standardisierung vorschlägt.

Behandlung IAD

Da die Ursache der IAD vor allem Feuchtigkeit von aggressiven Substanzen wie Stuhl und Urin ist, sollten diese Substanzen möglichst keinen Kontakt mit der Haut haben. Aufsaugende Inkontinenzmaterialien sollten bereits dann gewechselt werden, wenn sie feucht sind und nicht erst, wenn deren Aufnahmekapazität erschöpft ist (RNAO 2005).

Bei Verfärbung der Hautschichten sollte aufgrund der Chronifizierung der Hautschädigung ärztliche dermatologische Hilfe immer hinzugezogen werden. Die Abheilung einer chronifizierten Hautinfektion ist langwierig und problematisch. Hierzu werden häufig lokale Hydrokortisonsalben eingesetzt. Bei Mykosen wie Pilzen muss antimykotisch mit entsprechenden Präparaten nach ärztlicher Anordnung gearbeitet werden.

Gray (2007) konnte in einer Studie bei bereits bestehenden leichten und mittleren Hautirritationen (Rötung, weißliches Aufquellen der Haut) nachweisen, dass zur Behandlung eine Aluminium-Magnesium Hydroxid Stereal Salbe am effektivsten wirkt. Bei schweren Schädigungen ist eine zinkoxidhaltige Paste am effektivsten, die allerdings auch die Haut verfärbt und schwer zu entfernen ist.

Vorgaben zum Dekubitus

Neben dem deutschen Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe gibt es auch internationale Leitlinien zur Prophylaxe und Therapie des Dekubitus. Die aktuelle internationale Leitlinie ist die der EPUAP. Die EPUAP ist die Europäische Fachgruppe für Dekubitusfragen. In der neuen Leitlinie aus 2014 hat man erstmalig die Klassifizierung des Dekubitus aus dem amerikanischen System übernommen. Dort gibt es zwei Sonderformen: Wenn man die Tiefe des Dekubitus nicht erkennen kann, stuft man die Wunde in keine Kategorie ein, sondern in eine der beiden Sonderformen. Zum einen die geschlossene schwarze Ferse, die als „vermutete tiefe Gewebsschädigung“ beschrieben wird und zum anderen die Wunde, die komplett mit einer trockenen, schwarzen Nekrose bedeckt ist als „unklare Tiefe“. Wie schon erwähnt, haben diese beiden Sonderformen keine Kategorie, sondern sind zwischenzeitlich als nicht einstuftbare Wunden zu sehen.

Risikobewertung

Entscheidend ist die Frage, wer wirklich dekubitusgefährdet ist und bei welchen Patienten präventive Maßnahmen notwendig sind. Die EPUAP empfiehlt eine Risikobewertung innerhalb von acht Stunden nach Aufnahme. Dabei ist nicht der Zahlenwert einer Risikoskala wie Braden entscheidend, sondern das klinische Bild z. B. Immobilität, Durchblutung, Sinneswahrnehmung, vorhandene Hautschädigungen und der allgemeine Hautzustand. Ebenfalls soll immer bei allen Patienten initial eine Hautbeurteilung erfolgen:

- Beobachtung der Haut: Farbe, Schmerzen, vorhandene Hautschädigungen oder Rötungen
- Hautstelle abtasten auf Veränderungen wie Verhärtungen
- Fingertest wenn eine Rötung vorliegt.

Prävention: Bewegung ist Evident

Als Evidenz A – also wissenschaftlich sicher – wird die Bewegungsförderung zur Prävention eines Dekubitus dargestellt. Da langanhaltender und hoher Druck die Schädigungen als Dekubitus im Gewebe auslösen, wundert es nicht, dass Bewegungsförderung die höchste wissenschaftliche Kategorie erreicht. Die Häufigkeit der Bewegungen hängen dabei u.a. von der Matratze ab – liegt der Betroffene auf einer Antidekubitusmatratze, können die zeitlichen Abstände verlängert werden. Überwachen soll man die Effektivität der Maßnahmen durch die Hautinspektion. Bei der Positionierung sollen gerötete Knochenversprünge nicht mit Druck belastet werden. Beim Positionieren oder Transfer sollen die Betroffenen nicht über das Bettlaken geschliffen werden, um Hautabschürfungen zu vermeiden. Die Fersen müssen wegen der Konvexität des Fersenbeins immer freigelagert werden. Bei allen medizinischen Hilfsmitteln muss darauf geachtet werden, dass diese keinen Druck am Körper des Patienten ausüben. Deshalb sollen Steckbecken nur kurz unter dem Patienten verweilen.

Sitzen ist ein Problem

Da beim Sitzen der Druck aufgrund der kleineren Fläche deutlich höher als im Liegen ist, muss das Sitzen von dekubitusgefährdeten Personen als Problem gesehen werden. Die eingesetzten Rollstühle müssen richtig eingestellt werden, um den Druck nicht weiterhin zu verstärken. Vor allem durch korrekte Einstellung der Fußstützen kann der Druck im Gesäß reduziert werden. Zum Sitzen von dekubitusgefährdeten Personen soll ein druckverteilendes Kissen eingesetzt werden und das Sitzen nicht länger als 2 Stunden am Stück dauern. Bis heute erlebt man jedoch immer wieder, dass dekubitusgefährdete Menschen 4, 6 oder mehr Stunden sitzen. Anschließend mindestens 1 Stunde vom Druck absolut entlasten.

Kleinzellige Wechseldruckluftmatratzen (Zellengröße kleiner als 10 Zentimeter) sollen nicht mehr eingesetzt werden. Die eingesetzten Hilfsmittel einer Einrichtung sollen auf Tauglichkeit und Funktionalität für die Patienten über-

prüft werden (Evidenz). Die Hilfsmittel sollen ausgewählt werden:

- Ausmaß der Immobilität und Inaktivität,
- Größe und Gewicht des Patienten,
- Risiko (klinische Faktoren) zur Entwicklung von neuen Dekubitus,
- Anzahl Dekubitus,
- Schwere und Lokalisation eines bestehenden Dekubitus und

- Mikroklima an der Haut des Patienten (Wärme und Feuchtigkeit).

Fünf Aussagen mit Evidenz A

Insgesamt haben nur fünf Aussagen von 575 der EPUAP Guideline die Evidenz A:

- 1) Ernährungs- und Dekubitusrisiko: Zusätzlich hochkalorische Proteinernährung anbieten
- 2) bei allen Dekubitusgefährdeten Positionsänderung durchführen
- 3) Häufigkeit der Positionsveränderung: Benutzte Unterlage zur Druckverteilung berücksichtigen
- 4) Dekubitusgefährdete: Hochwertige passive Schaumstoffmatratze benutzen
- 5) Ältere Menschen, die immobil sind: Regelmäßig umpositionieren

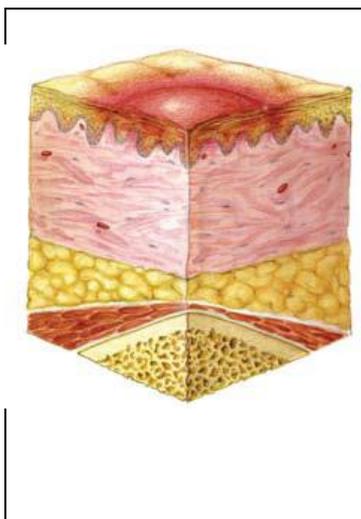
INTERNATIONALES KLASSIFIKATIONSSYSTEM FÜR DEKUBITUS VON NPUAP/EPUAP

Ein Dekubitus ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und/oder des darunter liegenden Gewebes, typischerweise über knöchernen Vorsprüngen, infolge von Druck oder Druck in Verbindung mit Scherkräften. Es gibt eine Reihe weiterer Faktoren, welche tatsächlich oder mutmaßlich mit Dekubitus assoziiert sind; deren Bedeutung aber noch zu klären ist.

Kategorie/Stadium I: Nicht wegdrückbares Erythem

Intakte Haut mit nicht wegdrückbarer Rötung eines lokalen Bereichs gewöhnlich über einem knöchernen Vorsprung. Bei dunkel pigmentierter Haut ist ein Abblässen möglicherweise nicht sichtbar, die Farbe kann sich aber von der umgebenden Haut unterscheiden.

Der Bereich kann schmerzhaft, härter, weicher, wärmer oder kälter im Vergleich zu dem umgebenden Gewebe sein. Es kann schwierig sein, Kategorie/Stadium I bei Personen mit dunkler Hautfarbe zu entdecken. Kann auf „gefährdete“ Personen hinweisen (Hinweis auf ein mögliches Risiko).

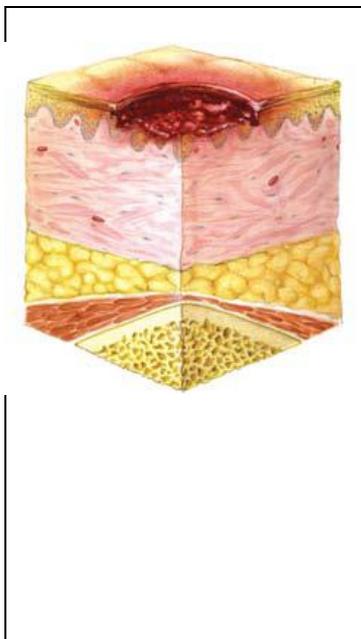


Kategorie/Stadium II: Teilverlust der Haut

Teilverstörung der Haut (bis in die Dermis/Lederhaut), die als flaches, offenes Ulcus mit einem rot bis rosafarbenen Wundbett ohne Beläge in Erscheinung tritt. Kann sich auch als intakte oder offene/ruptierte, serumgefüllte Blase darstellen.

Manifestiert sich als glänzendes oder trockenes, flaches Ulcus ohne Beläge oder Bluterguss*. Diese Kategorie/dieses Stadium sollte nicht benutzt werden um Skin Tears (Gewebezerstörungen), verbands- oder pflasterbedingte Hautschädigungen, perineale Dermatitis, Mazerationen oder Exkoriation zu beschreiben.

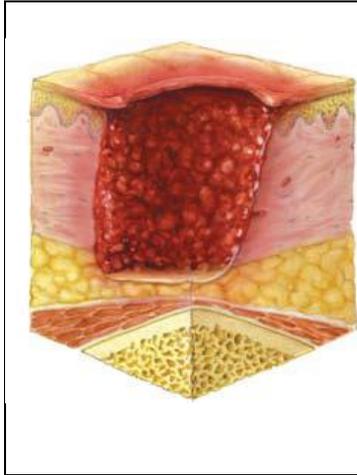
* Ein livide Verfärbung weist auf eine tiefe Gewebeschädigung hin.



Kategorie/Stadium III: Vollständiger Verlust der Haut

Vollständiger Gewebeverlust. Subkutanes Fett kann sichtbar sein, aber Knochen, Sehne oder Muskel liegen nicht offen. Beläge können vorhanden sein, die aber nicht die Tiefe des Gewebeverlustes verdecken. Es können Taschenbildungen oder Unterminierungen vorliegen.

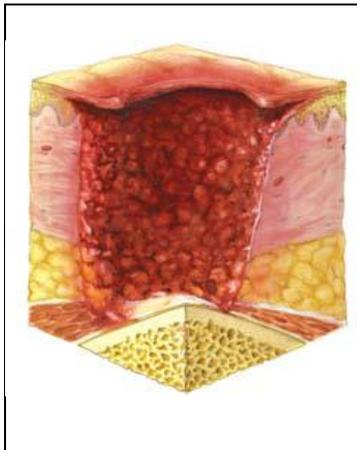
Die Tiefe eines Dekubitus der Kategorie/des Stadiums III kann je nach anatomischer Lokalisation variieren. Der Nasenrücken, das Ohr, das Hinterhaupt und der Knöchel haben kein subkutanes Gewebe und Ulcera der Kategorie/des Stadiums III können dort oberflächlich sein. Im Gegensatz dazu können besonders adipöse Bereiche einen extrem tiefen Dekubitus der Kategorie /des Stadiums III entwickeln. Knochen/Sehnen sind nicht sichtbar oder direkt tastbar.



Kategorie/Stadium IV: Vollständiger Gewebeverlust

Vollständiger Gewebeverlust mit freiliegenden Knochen, Sehnen oder Muskeln. Beläge oder Schorf können an einigen Teilen des Wundbettes vorhanden sein. Es können Taschenbildungen oder Unterminierungen vorliegen.

Die Tiefe eines Dekubitus der Kategorie/des Stadiums IV variiert je nach anatomischer Lokalisation. Der Nasenrücken, das Ohr, das Hinterhaupt und der Knöchel haben kein subkutanes Gewebe und diese Ulcera können oberflächlich sein. Ulcera der Kategorie/des Stadiums IV können sich in Muskeln und/oder unterstützenden Strukturen ausbreiten (z.B. Faszie, Sehne oder Gelenkkapsel) und eine Osteomyelitis verursachen. Offenliegende Knochen/Sehnen sind sichtbar oder direkt tastbar.



Keiner Kategorie/ keinem Stadium zuordenbar: Tiefe unbekannt

Ein vollständiger Gewebeverlust, bei dem die Basis des Ulcus von Belägen (gelb, hellbraun, grau, grün oder braun) und/oder Schorf im Wundbett bedeckt ist.

Bis genügend Beläge und/oder Schorf entfernt ist, um den Grund der Wunde offenzulegen, kann die wirkliche Tiefe - und daher die Kategorie/das Stadium - nicht festgestellt werden. Stabiler Schorf (trocken, festhaftend, intakt ohne Erythem und Flüssigkeit) an den Fersen dient als „natürlicher (biologischer) Schutz des Körpers“ und sollte nicht entfernt werden.

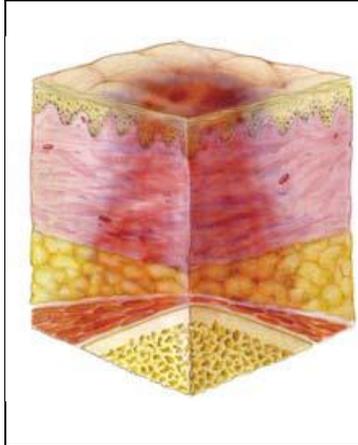


Bilder: © NPUAP/EPUAP/PPPIA 2014

Vermutete tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt

Livid oder rötlichbrauner, lokalisierter Bereich von verfärbter, intakter Haut oder blutgefüllte Blase aufgrund einer Schädigung des darunterliegenden Weichgewebes durch Druck und/oder Scherkräfte. Diesem Bereich vorausgehen kann Gewebe, das schmerzhaft, fest, breiig, matschig, im Vergleich zu dem umliegenden Gewebe wärmer oder kälter ist.

Es kann schwierig sein, tiefe Gewebeschädigungen bei Personen mit dunkler Hautfarbe zu entdecken. Bei der Entstehung kann es zu einer dünnen Blase über einem dunklen Wundbett kommen. Die Wunde kann sich weiter verändern und von einem dünnen Schorf bedeckt sein. Auch unter optimaler Behandlung kann es zu einem rasanten Verlauf unter Freilegung weiterer Gewebeschichten kommen.



Therapie eines Dekubitus

Zur Therapie eines bestehenden Dekubitus empfiehlt die EPUAP, dass die Schmerzen mehrmals täglich eingeschätzt werden, denn mehr als die Hälfte der Patienten mit Dekubitus haben starke Schmerzen. Zur Schmerzreduzierung soll eine feuchte Wundauflage, die nicht anhaftet benutzt werden (Evidenz B). Die Position des Patienten sollte regelmäßig verändert werden, um den Schmerz zu reduzieren. Die Wunde soll von abgestorbenem Gewebe debridiert werden. Nach zwei Wochen sollen Zeichen der Heilung erkennbar sein (Evidenz B). Vor jedem neuen Verband soll die Wunde mit viel steriler Flüssigkeit mechanisch gereinigt werden (Evidenz B). Wasserstoffsuperoxid soll nicht verwendet werden (Evidenz B). Hydrokolloid Verbände werden für einen sauberen Dekubitus empfohlen und Hydrogele bei wenig exsudierenden Wunden (Evidenz B). Wenn Alginat verwendet werden, sollen diese beim nächsten Verbandwechsel ausgespült werden, um ein traumatisieren der Wunde zu verhindern. Silberhaltige Verbände sollen nur über einen begrenzten Zeitraum verwendet werden, einen genaueren Zeitraum empfiehlt die EPUAP allerdings nicht. Hier sollte man sich an die Herstellerangaben halten. Häufig wird ein Zeitraum von 14 bis 21 Tage empfohlen.

Unterstützend zur Wundheilung soll die Ernährung verbessert werden: Proteine, ausreichend Kalorienzufuhr und Mikronährstoffe (Evidenz B). Ebenfalls ist eine psychosoziale Unterstützung des Patienten sehr zu empfehlen.

Rechtliche Forderungen bei Dekubitus

Ist ein Dekubitus entstanden, kommt auch heute noch schnell die Frage nach der „Schuld“. Hätte man diese Wunde verhindern können? Wenn ja, wer zahlt dann den entstandenen Schaden? Und dieser kann durchaus sehr teuer sein! Die Behandlungskosten eines Dekubitus können aufgrund der langen Behandlungsdauer mehr als 50.000 Euro pro Einzelfall betragen. Die Behandlungskosten werden in der Regel vom Kostenträger, also den Krankenkassen bezahlt. Deshalb haben die Krankenkassen auch ein Interesse daran, bei einem aufgetretenen Dekubitus abzuklären, wo und warum der Dekubitus entstanden ist. Die Vorwürfe der Kostenträger: Das Risiko zur Entstehung eines Dekubitus sei nicht rechtzeitig festgestellt worden und die durchgeführte Prophylaxe entsprach nicht den zum Zeitpunkt der Behandlung aktuellen Standards oder wurde zu spät eingeleitet. Meist wird auch eine fehlerhafte Behandlung vorgeworfen, insbesondere dann, wenn der behandelnde Arzt sich nicht an der Wundtherapie beteiligt

hat, zum Beispiel weil keine ärztliche Anordnung der Wundtherapie vorlag. Um diese Vorwürfe zu klären, schalten Gerichte Gutachter ein, die den Fall fachlich beurteilen sollen.

Vor Gericht: Und nun?

Klagen bei medizinischen oder pflegerischen Einrichtungen sind vergleichsweise selten. Es geht dabei meist um „Haftung“ im Sinne von Kostenersatz, aber nicht um Gefängnisstrafen. Denkbar wäre strafrechtlich eine Körperverletzung – möglicherweise sogar mit Todesfolge. Die finanziellen Forderungen wenden sich an die Einrichtung wie einem Krankenhaus, die zunächst für eine mögliche schlechte Versorgung einzustehen hat.

Ein Fallbeispiel

An einem Fall soll die Problematik dargestellt werden. Der Gutachter wurde in den Fall erst involviert, als die gerichtliche Auseinandersetzung schon im vierten Jahr lief. Bis dahin waren bereits 3 andere Gutachter vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) tätig. Dazu werden die Krankenunterlagen – die für die Beurteilung relevant sind – dem Gutachter zugesandt. Beurteilt wird der Fall fachlich nach dem Stand, der zum Zeitpunkt aktuell war. Also in dem Fall



MEDCARE

Kongress mit Fachausstellung für klinische und außerklinische Patientenversorgung

27.09. – 28.09.2017

Congress Center Leipzig

Zeit für Neues!

WUNDVERSORGUNG UND ERNÄHRUNGSTHERAPIE

STOMA- UND INKONTINENZVERSORGUNG

PALLIATIVMEDIZIN UND SCHMERZTHERAPIE

INTENSIVPFLEGE UND HYGIENE



Leipziger Messe GmbH
PF 10 07 20 · 04007 Leipzig / Messe-Allee 1 · 04356 Leipzig
Telefon: +49 341 678-0 · Fax: +49 341 678-8762
E-Mail: info@medcare-leipzig.de

www.medcare-leipzig.de

nach dem Stand, der bereits 4 Jahre alt ist. Da bereits im Vorfeld zwischen dem beklagten Krankenhaus und der Krankenkasse unzählige Schriftwechsel mit Vorwürfen und Stellungnahmen vorlagen, werden dem Gutachter zahlreiche mehr oder weniger konkrete Fragen als Auftrag vorgelegt. Diese muss der Gutachter nach intensiver Durchsicht aller Akten beantworten. Mitunter stellt der Gutachter aber auch fest, dass die vorgelegten Unterlagen nicht ausreichen, um alle Fragen zu beantworten oder er benötigt weitere Klärungen, um den Fall bearbeiten zu können. Diese wird er dann anfordern, so dass sich die Erstellung eines Gutachtens mitunter über mehrere Monate hinziehen kann. Eine Krankenkasse hatte nach der Entlassung einer Patientin aus dem Krankenhaus durch die Abrechnungen erfahren, dass die Patientin nach einer Knieprothesen Operation mit einem Dekubitus Grad 4 in die häusliche Pflege entlassen wurde. Den Dekubitus hat die Patientin im Krankenhaus erworben. Zwischenzeitlich hatte der Dekubitus Behandlungskosten in Höhe von rund 60.000 Euro verursacht. Die Krankenkasse hat nach Akteneinsicht die

Schadensersatzforderung gerichtlich eingereicht, weil sie der Meinung ist:

- Dass das Dekubitusrisiko nicht aktuell festgestellt wurde
- Dass keine ausreichende und zeitgemäße Dekubitusprophylaxe stattgefunden habe
- Insbesondere falsche Lagerungen, zu lange gesessen trotz Dekubitus und letztlich der entstandene Dekubitus falsch behandelt wurde.

Dies ist eine Zusammenfassung der mehr als 20 verschiedenen Fragen.

Was war geschehen?

Nachdem die erste Knieprothesenoperation am linken Knie erfolgreich verlaufen war, kam Frau A. wegen der Knieprothese der anderen Seite ins Krankenhaus. Außer den ständigen Schmerzen durch ihre Arthrose in den Knien war sie trotz des hohen Alters von 87 Jahren kaum eingeschränkt. Sie lief mit dem Rollator alleine auf die orthopädische Station. Nach einigen Befragungen und Untersuchungen wurde sie am nächsten Tag operiert. Die Operation verlief planmäßig. Aufgrund eines größeren Blutverlustes wurden ihr postoperativ 5 Blutkonserven

verabreicht. Normalerweise sind Patienten mit einer solchen Operation nach 2 Tagen wieder „fit“ und können sich wieder selbständig versorgen, so dass spezielle Maßnahmen zur Vermeidung von sekundären Erkrankungen wie Pneumonie oder Dekubitus meist nicht notwendig sind. Doch bei Frau A. verlief es anders: Sie blieb immobil im Bett, ließ sich nur schwer mobilisieren und entwickelte in den folgenden 3 Tagen nach der Operation immer wiederkehrende Diarrhöen mit Fieberschüben. Am fünften Tag nach der Operation sah man bei Frau A. zwei kleine offene Stellen in der Analfalte. Diese wurden als „offene Stellen in der Gesäßfalte“ dokumentiert und mit einer fetthaltigen Creme versorgt. Zwei Tage später wurde dokumentiert: „Dekubitus am Gesäß“. Eine Antidekubitusmatratze wurde wiederum nach weiteren zwei Tagen bestellt. Diese hatte jedoch laut Hersteller die Indikation „nur zur Dekubitusprophylaxe. ... Nicht bei Hautfeuchtigkeit oder Inkontinenz einsetzen.“ Die Wunde verschlechterte sich weiterhin: Sie wurde tiefer, es entstand durch Stuhl und Urin eine Verkeimung

und schließlich eine Infektion der Wunde. Zur „Mobilisation“ wurde Frau A. für zwei bis drei Stunden an die Bettkante gesetzt. Dies war jedoch bald nicht mehr möglich, da sich der Allgemeinzustand weiter verschlechterte.

Schließlich wurde Frau A. nach einer weiteren Woche in ein anderes Krankenhaus verlegt, indem der Dekubitus chirurgisch behandelt wurde und sie nach weiteren 6 Wochen nach Hause entlassen wurde.

An dem Fall werden einige Probleme deutlich, die der Gutachter feststellen konnte. Durch mehr Dokumentation hätte man diese Probleme nicht vermeiden können. Doch was kann man generell tun, um Schadensersatzforderungen wegen Dekubitus zu vermeiden?

Wie kann man vorbeugen?

Um solchen Regressforderungen vorzubeugen ist es wichtig, den aktuellen Versorgungszustand hinsichtlich Dekubitus in seiner Einrichtung zu kennen (siehe Kasten). Weiterhin empfiehlt sich bei Auftreten eines Dekubitus ein Meldesystem an die Leitungsebene, zum Beispiel Bereichsleitungen der Pflege. Dort sollte umgehend eine Pflegevisite mit einer speziell geschulten Kollegin durchgeführt werden und anhand einer Checkliste alle notwendigen Maßnahmen kontrolliert bzw. eingeleitet werden. Die vorhandenen Lagerungshilfsmittel sollten erfasst werden und überprüft werden: Sind diese richtig medizintechnisch aufbereitet? Sind Matratzen oder Sitzkissen noch innerhalb ihrer Haltbarkeit? Reichen die vorhandenen Systeme für alle gefährdeten Patienten aus? Entsprechen die vorhandenen Systeme den Empfehlungen des Expertenstandards? Ist es sinnvoller, Leihsysteme mit kurzfristiger Verfügbarkeit einzuführen?

Wichtige Fragen, die in diesem Zusammenhang immer geklärt werden müssen:

- 1) Ist das individuelle Risiko aktuell aufgrund des klinischen Zustandes erkannt und dokumentiert worden?
- 2) Ist die Hautinspektion regelmäßig, d.h. mindestens einmal pro Schicht durchgeführt und dokumentiert worden?
- 3) Ist das Auftreten eines Dekubitus Kategorie 1 zeitnah und verständlich dokumentiert worden?

- 4) Sind unmittelbar bei Auftreten eines Dekubitus Kategorie 1 Maßnahmen zur Druckentlastung der gefährdeten Stelle(n) durchgeführt worden?
- 5) Sind zeitnah druckverteilende Matratzen oder Sitzkissen bestellt worden? (Wenn die Hilfsmittel aus eigenem Bestand stammen: Sind diese Hilfsmittel noch einsatzfähig und auf Funktionsweise zuvor geprüft worden?)
- 6) Entsprechen die eingesetzten Hilfsmittel dem Körpergewicht und dem Krankheitszustand des Patienten?
- 7) Sind die Hilfsmittel auf Erfolg kontrolliert worden?
- 8) Ist das Auftreten eines Dekubitus Kategorie 1 nachkontrolliert worden auf Verschlechterung oder Verbesserung?
- 9) Ist der behandelnde Arzt informiert worden über das Auftreten eines Dekubitus?
- 10) Ist der Patient und seine Angehörigen über das Auftreten eines Dekubitus informiert worden und sind Maßnahmen vermittelt worden?
- 11) Liegt bei Auftreten eines Dekubitus eine ärztliche Anordnung zur Wundversorgung vor?

Quelle

National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia; 2014.



*Gerhard Schröder
Lehrer für Pflegeberufe
Direktor der Akademie für
Wundversorgung
Göttingen
E-Mail: info@akademie-fuer-wundversorgung.de*

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

Diakonisches Institut für Soziale Berufe

*Frau Silvia King
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*

Bildungswerk e.V.

*Sekretariat Fr. Marion Lach
Hospitalstr. 19
44694 Herne
Tel.: + 49 2325 65222 500
Fax: + 49 2325 65222 509
E-Mail: bildungswerk@elisabethgruppe.de
www.bildungswerk-herne.de*

Wannsee-Akademie

*Barbara Loczenski
Kursleitung
Zum Heckeshorn 36
14109 Berlin
Tel.: 030 / 806 86 015
Fax: 030 / 806 86 011
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*



Neues Berufsbild für

Pflegeexperten Stoma, Kontinenz und Wunde



Wie in jeder Berufsorganisation geschehen viele Ereignisse mehr oder weniger unbeobachtet von der Öffentlichkeit. Auch wenn die Informationen noch so bereitwillig geteilt werden, erfolgen viele Arbeitsschritte vor der Veröffentlichung in kleinen Arbeitseinheiten.

So geschah es auch in Bezug auf die Entwicklung eines neuen Berufsbildes für die Pflegeexperten Stoma, Kontinenz und Wunde. Nach dem Beschluss zur Aktualisierung des Vorstands erfolgten

Berichterstattungen über des Entwicklungsprozess in den Versammlungen der FgSKW Mitglieder, am Rande von Fortbildungsveranstaltungen der FgSKW und per Kommunikation über die sozialen Netzwerke.

Auf der Facebook Seite der FgSKW wurde in Abständen berichtet, zu welchen Anlässen sich die Kolleginnen und Kollegen mit einem Marketing-Fachmann getroffen haben, um die Aktualisierung des Berufsbildes der pflegerischen Spezialisten voran zu treiben.

Diese umfangreiche Aufgabe der inhaltlichen Aktualisierung unter Einbeziehung neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse konnte nun abgeschlossen werden. Mit der inhaltlichen Überarbeitung ging auch ein Abgleich der beschriebenen Inhalte mit den realen Arbeitsbedingungen der Pflegeexperten SKW in den verschiedenen Sektoren unseres Gesundheitswesens einher.

Der Vorstand der FgSKW e.V. stellt heute den Entwurf zum neuen Berufsbild der Fachöffentlichkeit vor



und lädt alle Interessierten zur Kommentierung ein.

Der Entwurf des neuen Berufsbildes ist erhältlich als PDF-Datei unter der folgenden Adresse:
www.fgskw.org/berufsbild

Interessierte richten ihre Kommentare bitte per mail an die Geschäftsstelle der FgSKW unter: info@fgskw.org

Stichwort: Berufsbild Pflegeexperte SKW

Die eingehenden Kommentare fließen in eine finale Bearbeitung dieses veröffentlichten Entwurfs des Berufsbildes ein und danach erfolgt die abschließende Veröffentlichung.

Bitte richten Sie ihre Kommentare bis zum 30.09.2017 an die oben aufgeführte Mail-Adresse.

Vielen Dank für ihre Unterstützung!

Der Vorstand der Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde e.V.

Besser versorgt sein.

Sanitätshaus Aktuell
Unser Lächeln hilft



Die Sanitätshaus Aktuell AG ist ein modernes, national und international tätiges Dienstleistungsunternehmen der Gesundheitsbranche mit über 300 Partnerbetrieben an über 700 Standorten. Unsere Gemeinschaft umfaßt eine Mitarbeiterzahl von über 7.000 Fachkräften. Mit über 500 Mitarbeitern, die als Spezialisten auf dem Gebiet der Homecare-Versorgung in über 100 care teams bundesweit tätig sind, zählen wir in Deutschland zu den führenden Versorgern im Homecare-Markt.

Sanitätshaus Aktuell AG
Auf der Höhe | 53560 Vettelschoß
www.sanitaetshaus-aktuell.de



Die Veränderung der persönlichen Lebenssituation durch ein Stoma stellt für die Betroffenen eine enorme Belastung dar.
BESSER, man hat dann einen Partner vor Ort, dem man vertrauen kann.

Unsere Basis: Vertrauen und Kompetenz

**0800
7090490**

**KOSTENFREIE
SERVICENUMMER**

Experte in den
Versorgungsbereichen:

- ↘ Stoma
- ↘ Kontinenz
- ↘ Wunde
- ↘ Ernährung
- ↘ Tracheostoma

PubliCare | ®

www.publicare-gmbh.de



11. Tagung der Initiative stoma 2020 Innovationen für den Stomamarkt

Petra Mildner, Leitung zentraler Vertrieb der GHD Gesundheits GmbH Deutschland, konnte zur 11. Tagung der Initiative  in Freising mehr als 100 Teilnehmende begrüßen.

Gleich zu Beginn des Tagungsprogramms präsentierten Prof. Jörg Saatkamp und Werner Droste den Anwesenden die ersten Ergebnisse der nunmehr ausgewerteten Daten der Studie „Wert und Wertschätzung in der

Stoma-Therapie“. Diese Studie wurde als Versorgungsforschung innerhalb der Tagungen der Initiative  geplant, ausgearbeitet und von teilnehmenden Pflegeexperten in ihren Kliniken umgesetzt. Die organisatorische Verantwortung lag beim Verein zur Förderung der Forschung in der Pflege e.V. und die wissenschaftliche Leitung hatte Herr Prof. Dr. rer. pol. Jörg Saatkamp von der Hochschule Zittau/Görlitz übernommen. Die in Freising präsentierten Ergebnisse sind allen

Mitgliedern der Initiative stoma 2020 zum kostenfreien Download auf der Homepage www.stoma2020.de zugänglich.

Mit Stolz teilten die Studienverantwortlichen den Teilnehmenden mit, dass mit der Präsentation dieser Forschungsergebnisse in einer Poster-Präsentation und einem Vortrag während des ECET-Kongresses in Berlin eine wichtige Zielformulierung der Arbeit in der Initiative  erfüllt wird. Die erarbeiteten Ergebnisse aus den Tagungen sollen der Fachöffentlichkeit in informativen Publikationen auch zugänglich gemacht werden.

Danach begann mit dem Impulsvortrag „Problemstoma und Dünndarmfisteln“ durch Herrn Prof. Dr. med. Ludger Staib aus Esslingen der gewohnte Tagungsablauf. Herr Prof. Staib gestaltete seinen Vortrag sehr praxisorientiert, und die Teilnehmenden honorierten das mit großer Aufmerksamkeit und vielen Wortbeiträgen zur allgemeinen Diskussion in diesem spannenden Thema. Auch im anschließenden Workshop bearbeitete Herr Prof. Staib das Thema sehr intensiv aus vielseitiger Perspektive



Bilder: stoma2020

gemeinsam mit den Teilnehmenden. Wie üblich begann unmittelbar im Anschluss an den Impulsvortrag die intensive Arbeit in den angebotenen Themenworkshops. Die Organisatoren haben es auch in der 11. Tagung der Initiative wieder einmal geschafft, neue Themen anzubieten, die das Interesse der Pflegeexperten treffen.

Somit gab es ein vielseitiges Angebot in dieser Tagung mit unterschiedlichen Themen aus der Versorgungspraxis der Pflegeexperten. Details zu den Workshops und den erarbeiteten Inhalten aus den Workshops finden Mitglieder ebenfalls auf der Homepage der Initiative unter www.stoma2020.de. Eine inhaltliche Vorschau auf die nächste Tagung finden Interessierte hier auf der Homepage.

Die nächste Veranstaltung findet am 22. und 23. September 2017 in Düsseldorf statt. Planen sie rechtzeitig, um im gewünschten Workshop einen der begehrten Plätze zu erhalten. Die Organisatoren und der Beirat der Initiative  freuen sich schon jetzt auf Sie.



*Werben auch Sie neue Mitglieder
für die FgSKW!*

Info und Beitrittsformular unter:

www.fgskw.org

FgSKW
Fachgesellschaft
Stoma, Kontinenz und Wunde e.V.

**Für eine starke Gemeinschaft
in der Pflege!**



48. Delegiertenversammlung des DBfK in Berlin

Prof. Christel Bienstein eröffnete am Freitag, den 12.05.2017 die diesjährige Delegiertenversammlung des DBfK in Berlin.



ukb universitäts
klinikum bonn

Zur professionellen Verstärkung des Teams in der **Pflegedirektion** sucht das **Universitätsklinikum Bonn** eine/n engagierte/n

Gesundheits- und Krankenpfleger/in im zentralen Wund- und Stomamanagement

Voraussetzung für eine erfolgreiche Bewerbung ist eine abgeschlossene Ausbildung in der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege. Sie verfügen über mindestens drei Jahre Berufserfahrung in der stationären Krankenpflege und möglichst eine abgeschlossene Weiterbildung im Bereich Wundmanagement. Zudem verfügen Sie über eine abgeschlossene Fachweiterbildung im Bereich Stoma, Kontinenz, Wunde oder die Bereitschaft diese zeitnah zu absolvieren.

Chancengleichheit ist Bestandteil unserer Personalpolitik.

Nähere Informationen zu der Position finden Sie unter:

www.ukbonn.de/jobsundkarriere oder

Bewerbungen richten Sie bitte per E-Mail an
Herrn Alexander Pröbstl (pflegedirektion@ukbonn.de)



Mit rund 50 teilnehmenden Delegierten war ein großer Teil der stimmberechtigten Pflegefachpersonen der Einladung des Bundesvorstands gefolgt und somit war die Versammlung beschlussfähig. Gleich zu Beginn präsentierte Frau Prof. Doris Schaefer aus Bielefeld einen Vortrag zum Thema der Gesundheitsversorgungszentren. Sie stellte eindrucksvoll dar, dass dieses Thema aus den 1970er Jahren des vergangenen Jahrhunderts in vielen Ländern der Erde zu zahlreichen Projektentwicklungen unterschiedlicher Versorgungsangebote für die Bevölkerung geführt hat. Leider stellte sie auch fest, dass es in Deutschland an solchen Versorgungsmodellen mangelt. Hier sind der Berufsgruppe der Pflegenden viele Entwicklungschancen zu selbstverantwortlichem Handeln innerhalb von Behandlungsteams entgangen.

Anlässlich des internationalen Tages der Pflegenden erhielt in diesem Jahr Frau Prof. Doris Schaefer die goldene Ehrennadel des DBfK verliehen. In der Laudatio würdigte Frau Prof. Bienstein die bedeutenden Leistungen von Frau Prof. Schaefer in Forschung und Lehre. Gleich nach dieser nicht alltäglichen

Bilder: DBfK



Ehrung verabschiedete die Delegiertenversammlung eine Resolution zu den Entwicklungszielen der UN unter dem Motto: „Nurses: A Voice to Lead-Achieving the SDG's“.

Weitere Informationen zu dieser bedeutenden Aktion finden Interessierte unter: <https://www.dbfk.de/de/presse/meldungen/2017/DBfK-verabschiedet-Resolution-zu-den-UN-Entwicklungszielen.php>.

In der nachfolgenden Bearbeitung der Agenda zur Delegiertenversammlung nahmen die Berichterstattungen zu den aktuellen Entwicklungen zur Errichtung der Landespflegekammern einen breiten Raum ein. Es war gut zu hören, wie weit die Entwicklungen in den einzelnen Bundesländern gediehen sind.

Hier wurde auch der bislang erfolglose Alleingang der bayrischen Landesregierung geschildert, eine „Vereinigung der Pflegenden in Bayern“ als Vereinigung auf freiwilliger Basis und ohne Registrierung der beruflich Pflegenden statt einer formellen Pflegekammer zu errichten. Im Interesse der Entwicklung einer bundesweit einheitlichen Selbstverwaltung der Pflegeberufe sollte



diesem Alleingang auch zukünftig der Erfolg verwehrt bleiben.

Werner Droste konnte den Delegierten als Vorsitzender der FgSKW e.V. berichten, dass die intensive fachliche Arbeit des Vorstands und der engagierten Mitglieder dazu geführt hat, dass die FgSKW e.V. „ihre Hausaufgaben“ erledigt hat. Mit der Entwicklung eines Entwurfes zu einem aktualisierten Berufsbild für Pflegeexperten Stoma, Kontinenz und Wunde wurde ein wichtiger Baustein dazu fertig gestellt und muss sich nun in der Diskussion in der Fachwelt bewähren.

Die besorgniserregende demografische Entwicklung der Mitglieder in der FgSKW e.V. stieß auf Verständnis in dieser Versammlung, da sich eine ähnliche Entwicklung in der Mitgliedschaft des DBfK nachweisen lässt. Leider war aus der Arbeitswelt der aktiven Pflegeexperten SKW nichts Gutes zu berichten.

Mehr als ein Drittel der aktiven Pflegeexperten SKW arbeiten auch heute noch ohne Planstelle und ohne Freistellung für die Stomatherapie, Kontinenzförderung oder Wundversorgung. Durch die allgemeinen Veränderungen

in Kliniken, Rehabilitation und ambulanter Nachsorge haben sich die Rahmenbedingungen für die Arbeit der Pflegeexperten SKW in jedem Sektor zum Nachteil entwickelt.

Da war es dann sehr Mut machend zu erfahren, dass sich in einem wichtigen Teilbereich der professionellen Entwicklung der Pflegenden etwas Fortschrittliches ereignet hat.

Nach der Errichtung des Studienganges „Evidenzbasierte Pflege“ an der Universität in Halle/Wittenberg wird es demnächst ein weiteres Studienangebot in Baden-Württemberg geben.

Bestandteil dieses neuen Angebotes wird sein, dass die Absolventen dieser Studiengänge auch die Anforderungen des Gesetzgebers aus der Richtlinie zur Heilkundeübertragung nach dem § 63 des SGB V erfüllen werden. Da sich hier für die Mitglieder der FgSKW e.V. auch mögliche Zukunftschancen ergeben, werden wir die Mitglieder unserer Fachgesellschaft ausführlich und aktuell unterrichten.

Mit der Arbeit an den weiteren Punkten auf der umfangreichen Agenda führten die Teilnehmenden die Delegiertenversammlung bis zum frühen Abend fort. Eine Einladung des Bundesvorstands in die Geschäftsstelle des DBfK zum gemütlichen Beisammensein beendete den ersten Tag der Delegiertenversammlung. Am nächsten Morgen folgten die Fortsetzung der Versammlung und die weitere Bearbeitung der Tagungsordnung bis zum Mittag.

Zu weiteren Informationen stehen Interessierten jederzeit der Besuch der Homepage des DBfK und die informativen Seiten in den sozialen Netzwerken zur Verfügung.

Die nächste Delegiertenversammlung ist geplant für den 15./16.06.2018.

Werner Droste



Mit Achtsamkeit aus dem Hamsterrad

Schauen wir in den Lebensalltag der Menschen Tausende von Jahren zurück ... die Frauen saßen in der Höhle und kümmerten sich um die Kinder und um das leibliche Wohl. Sie kommunizierten und organisierten den Alltag und erwarteten die Rückkehr der tapferen Jäger, die für die Nahrungsmittelbeschaffung zuständig waren. Allgemeiner und andauernder Stress im Lebensalltag war den Menschen damals höchstwahrscheinlich fremd. Obwohl es durchaus akute stressige Situationen gab. Im Angesicht der Beute, die erlegt werden musste, war des Jägers Körper sicherlich auch stresshormongeschwängert.kehrte er jedoch mit seiner Beute zurück in die Höhle, war Ausruhen angesagt.

In der heutigen Zeit kennen wir diese körperliche Regeneration durch Ruhephasen kaum noch. Allzeit bereit ... über Handy, Tablet, PC und Co ... Wir organisieren uns selbst die Freizeit oft in der selben Ruhelosigkeit, mit der wir auch unseren Arbeitsalltag bewältigen müssen. Reizüberflutung, Hektik, Lärm und Stress sind Empfindungen, die wir täglich erleben und oft darunter leiden.

Zur Situation

Im Juni 2015 war im Handelsblatt Folgendes zu lesen:
„Berlin - Depressionen und Burnout scheinen zur neuen Modekrankheit geworden zu sein. Vor allem Rentner und ältere Arbeitslose sind betroffen. Das zeigen aktuelle Analysen des BKK Bundesverbands ... Die Auswertung der Daten von 4,8 Millionen Versicherten der Betriebskrankenkassen im aktuellen Gesundheitsatlas des BKK-Bundesverbands belegen einen dramatischen Befund: Während in den 1970er-Jahren nur zwei Prozent aller Arbeitsunfähigkeitstage mit ärztlichem Attest auf eine

psychische Erkrankung zurückgingen, sind es heute rund 15 Prozent. Die Zahlen haben sich versiebenfacht. Selbst gegenüber 2003 haben sich die Krankentage mehr als verdoppelt. Hinzu kommt, dass die betroffenen Patienten immer länger ausfallen. Die Krankheitsdauer stieg in den vergangenen zehn Jahren um 25 Prozent. Im Durchschnitt dauern seelische Erkrankungen 39 Tage je Fall. Affektive Störungen, zu denen Depressionen zählen, machen einen Großteil psychischer Diagnosen aus: Die Ausfallzeit ist hierbei im Schnitt sogar 58 Tage je Fall.“

Dem Stress entinnen mit Achtsamkeit

Dass wir an den ursächlich stressauslösenden Arbeits- und Lebensbedingungen in unserem Umfeld oft nicht viel selbst verändern können, ist den meisten Menschen sehr wohl bewusst. Wir fühlen uns getrieben und setzen meist sogar noch außerhalb unseres Schul-, Universitäts- oder Berufslebens unsere Freizeit mit dem gleichen Stress fort. Sehr wohl merken wir, dass etwas in dem Verhältnis von Anforderung und Entspannung nicht stimmt. Wir laufen im „Hamsterrad“ weiter, weil wir nicht wissen, wie wir Änderungen herbeiführen können. Und oft entsteht so der Wunsch in uns, Möglichkeiten zu finden, die dazu beitragen können, aus eigener Kraft mit diesen stressigen Arbeits- oder Freizeitbedingungen besser umzugehen. MBSR ist so eine Möglichkeit die eigenen Kräfte zu aktivieren und sein Leben selbst zu gestalten. Aber was steckt hinter dieser Abkürzung? „Mindfulness based stress reduction“ kann man ins Deutsche am Besten übersetzen mit „Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion“. In den 70er Jahren von Dr. Jon Kabat-Zinn an der Universitätsklinik in Worcester, Ma (USA) entwickelt

Bild: © fizkes - Fotolia.com

(MBSR) aussteigen

und begründet, sind mittlerweile nahezu 20 000 Absolventen eines 8-Wochen-Kurses zu verzeichnen. Er setzte dieses Programm bei Schmerzpatienten ein, damit diese lernen, mit ihrem Schmerzen besser umzugehen.

Der Kern von MBSR ist eine erstrebte Verhaltensänderung, die zu mehr Achtsamkeit mit sich selbst und anderen führt. Es ist ein Trainingsprogramm für unseren Geist und beinhaltet meditative Übungen in Ruhe und Bewegung. Damit wird eine größere innere Ruhe erreicht und gleichzeitig die Wahrnehmung von Gedanken, Gefühlen und Körperempfindungen vertieft. Denn nur, wer sich spürt, kann auch dem, was ihm nicht gut tut, entgegenwirken. Man kann mit dem erlernten Wissen selbst Einfluss nehmen auf den eigenen Zustand und damit mehr Gelassenheit erreichen.

Das 8-Wochen-Training zur Achtsamkeit

Aber wie sieht nun so ein 8-Wochen-Training des MBSR aus?

Am Anfang steht eine Informationsveranstaltung in der detailliert über den Kurs informiert wird. Der Abend ist unverbindlich und kostenlos. Wer dann mitmachen möchte, wird an 8 Abenden, jeweils einmal pro Woche für 2,5 Stunden MBSR kennenlernen und praktizieren. In den Kurs integriert ist zusätzlich ein Achtsamkeitstag, der mit einem Zeitaufwand von ca. 5 Stunden einhergeht. Ausführliche Unterlagen zum Thema eignen sich zum entspannten Lesen daheim und CDs mit geeigneten Übungen laden zum Üben ein und ergänzen so das Programm. Am Ende des Kurses ist jeder in der Lage, für sich zu entscheiden, ob er die Achtsamkeit dauerhaft in sein Leben integrieren möchte.

Infobox zu einer kleinen Auswahl weiterführender Literatur

- *Gesund durch Meditation: Das große Buch der Selbstheilung mit MBSR Taschenbuch – 1. Oktober 2013 von Jon Kabat-Zinn (Autor), Horst Kappen (Übersetzer)*
- *Im Alltag Ruhe finden: Meditationen für ein gelassenes Leben Taschenbuch – 4. Mai 2015 von Jon Kabat-Zinn (Autor), Theo Kierdorf (Übersetzer), Hildegard Höhr (Übersetzer)*
- *Achtsamkeit für Anfänger Gebundene Ausgabe – 1. April 2013 von Jon Kabat-Zinn (Autor), Mike Kauschke (Übersetzer)*
- *Gelassen und sicher im Stress: Das Stresskompetenz-Buch: Stress erkennen, verstehen, bewältigen Taschenbuch – 21. Juli 2015 von Gert Kaluza (Autor)*
- *Burnout kommt nicht nur von Stress: Warum wir wirklich ausbrennen – und wie wir zu uns selbst zurückfinden Gebundene Ausgabe – 25. Februar 2013 von Dr. med. Mirriam Prieb (Autor)*
- *Die 7 Geheimnisse der Schildkröte. Den Alltag entschleunigen, das Leben entdecken Taschenbuch – 6. April 2010 von Aljoscha Long (Autor), Ronald Schweppe (Autor)*

Weitere Informationen zu den MBSR-Kursen in den jeweiligen Regionen der Bundesrepublik finden Sie unter www.mbsr-verband.de



Brigitte Sachsenmaier, MBSR-Lehrerin, Yoga-Lehrerin, freiberufliche Dozentin in der Erwachsenenbildung
E-Mail: bsachsenmaier@onlinehome.de
www.facebook.com/my.auszeit.net
www.my-auszeit.net

ECET 2017

in Berlin



Opening Ceremony am Sonntag, den 18.06.2017



Musik während der Opening Ceremony am Sonntag, den 18.06.2017

Zahlen, Daten und Fakten:

- Mehr als 1300 internationale Teilnehmende
- Drei Tage wissenschaftliches Programm
- Symposiums Et Workshops
- Guest Symposium der EWMA
- Podiums Diskussion der Initiative "Faktor Lebensqualität"
- Industrieausstellung
- Poster Ausstellung
- Info-Stände der Selbsthilfe
- Info-Stände der Pflegevereinigungen
- Diskussionen, Ideen, Anregungen ... und vieles mehr!

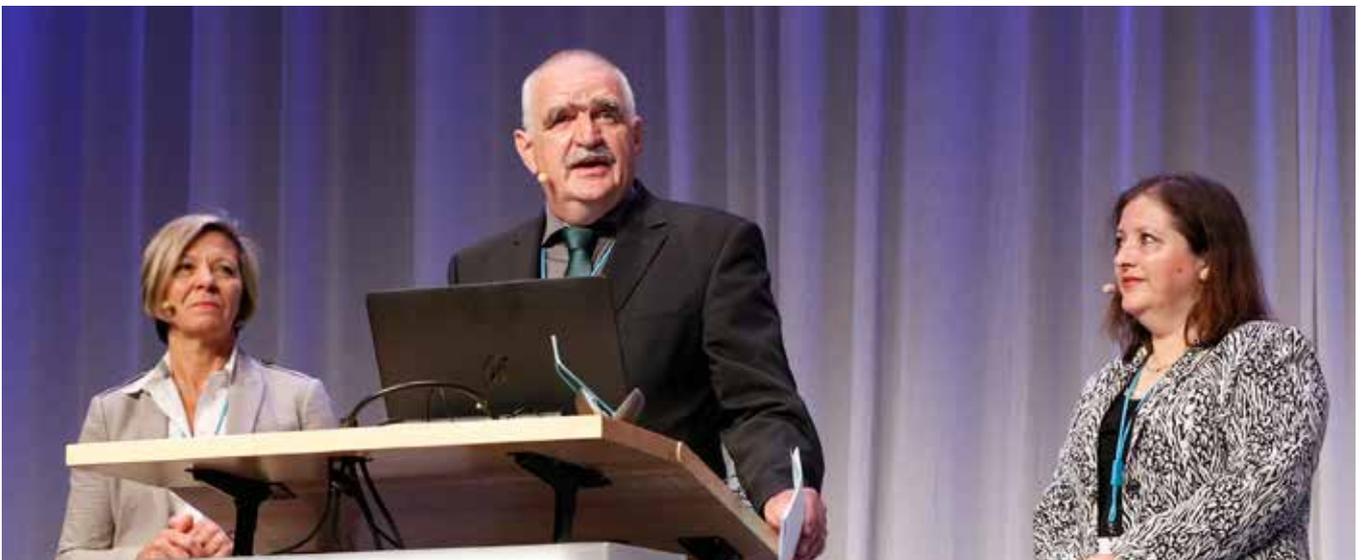


Eröffnung der Industrieausstellung

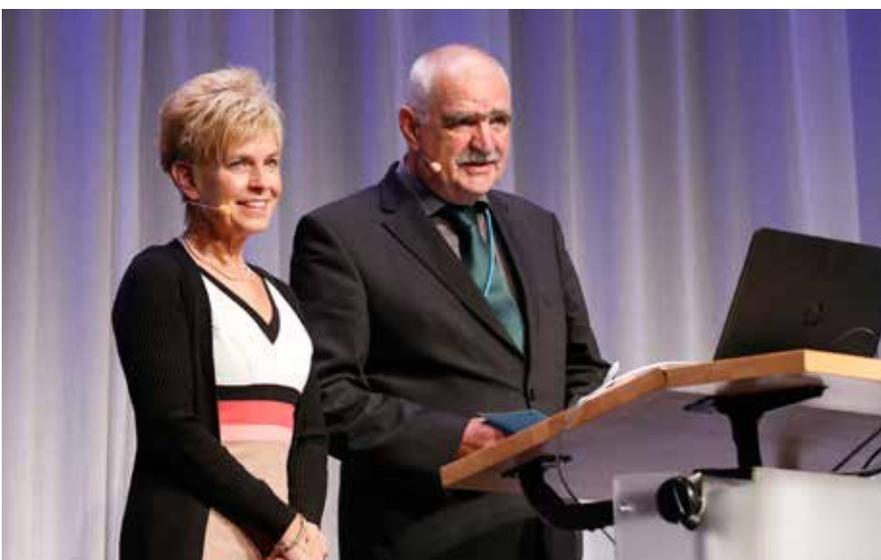
Bilder: ECET



Eröffnung der Industrieausstellung



Kongresseröffnung durch den ECET Vorstand



Key-Note Speakerin Colleen Drolshagen aus den USA



Poster-Ausstellung zum Kongress



Lebhafte Moderationen der Sitzungen



Internationale Teilnehmende



"Sportliche" Workshops mit Körpereinsatz

Bilder: ECET



Vorstellung der Ergebnisse zur Studie "Wert und Wertschätzung der Stomatherapie durch Herrn Prof. Saatkamp



Vortragende aus den Reihen der FgSKW e.V.



Reger Austausch im Workshop "Stoma-Foto-Dokumentation"

ECET-Kongress 2017

Initiative Faktor Lebensqualität diskutiert Herausforderungen für die Inkontinenz- und Stoma-Versorgung in Europa mit Patientenvertretern, Fachgesellschaften für Medizin, Pflege und Versorgung sowie Herstellern:

- Gute Versorgung für Menschen mit Inkontinenz und Stoma europaweit gefährdet
- Patientenvertretung und Fachgesellschaften brauchen starke Stimme zur Durchsetzung optimaler Versorgungsbedingungen

Auf dem Kongress der Europäischen Fachgesellschaft für Stomatherapie (ECET) hat die Initiative Faktor Lebensqualität mit Vertretern europäischer Fachgesellschaften für die pflegerische Versorgung von Menschen mit einem Stoma und Inkontinenzproblemen, Fachmedizinern, Selbsthilfefachvereinigungen für Spina Bifida und Stoma die europaweiten Herausforderungen bei der Hilfsmittelversorgung für Menschen mit Stoma und Inkontinenz diskutiert. Der Kongress stand unter dem Motto: Building Bridges. Dies hat die Diskussionsrunde erfolgreich aufgegriffen und die zentralen Herausforderungen für die Versorgung der Menschen mit einem künstlichen Darmausgang oder Inkontinenz beleuchtet und Lösungen skizziert.

Diskutiert haben Ria Smeijers, Präsidentin der European Ostomy Association (EOA); Gabriele Kroboth, Präsidentin der Europäischen Fachgesellschaft für Stomatherapie (ECET); Ilona Schlegel, Geschäftsführerin der Arbeitsgemeinschaft Spina Bifida und Hydrocephalus (ASBH); Erich Grohmann, Vorsitzender der Deutschen ILCO, Selbsthilfefachvereinigung für Stoma-träger und Menschen mit Darmkrebs; Klaus Grunau, Vorstandsmitglied des Bundesverbandes Medizintechnologie e.V. (BVMed) und Sprecher der Initiative Faktor Lebensqualität; Dr. Burkhard Domurath, Deutsche

Medizinische Gesellschaft für Paraplegie (DMGP).

Stoma- und Inkontinenzversorgung stehen europaweit vor Herausforderungen

Obwohl in Deutschland und Österreich die Versorgungssituation aktuell weitestgehend gut ist, steht die Versorgung in Europa insgesamt vor großen Herausforderungen. Der Kostendruck nimmt zu. Die Kommerzialisierung der Versorgung und der zunehmende Wirtschaftlichkeitsdruck der Krankenkassen gehen zu Lasten der Patienten. So stellte Ria Smeijers, Präsidentin der European Ostomy Association (EOA), am Beispiel der Niederlande dar, dass verkürzte Liegezeiten in Krankenhäusern bei Stomapatienten dazu führten, dass der Umgang mit dem Stoma nicht ausreichend eingeübt werden könne. Die Patienten seien dadurch oft nicht ausreichend auf die Situation zu Hause vorbereitet. Eine Versorgung über Homecare wie in Deutschland fehle in den Niederlanden. Die Teilnehmer waren sich darin einig, dass qualifizierte Stoma-Therapeuten zwar sehr um die Umsetzung des Patientenanspruches bemüht seien. Jedoch hätten sich in der Praxis die Versorgungsqualität spürbar zurückentwickelt. Dies betreffe sowohl die Qualität als auch die Menge der Produkte. Auch seien die Dienstleistun-

gen schlechter geworden, die ein unverzichtbarer Bestandteil der Stomaversorgung seien. In vielen Ländern führe das inzwischen zu privaten Aufzahlungen, die sich jedoch nicht alle Patienten leisten könnten. Ilona Schlegel hielt fest: „Patienten haben den Anspruch auf die individuell erforderliche Versorgung. In der Praxis wird dieser Anspruch häufig nicht umgesetzt. Einige Patienten nehmen sich daher juristischen Beistand und klagen ihre notwendige Versorgung ein. Das Einsparpotential der Kassen liegt bei denjenigen Patienten, die sich nicht wehren können.“

Zur Stärkung der Hilfsmittelversorgung sehen die Beteiligten drei konkrete Ansätze.

Rolle der Ärzte stärken

Die Rolle der Ärzte müsse gestärkt werden, betonte Klaus Grunau, Vorstandsmitglied des Bundesverbandes Medizintechnologie e.V. (BVMed) und Sprecher der Initiative Faktor Lebensqualität. Die Therapiehoheit des Arztes dürfe nicht unterminiert werden.

Wahlrecht des Versicherten umsetzen – Versorgung ist individuell

Andererseits dürfe das Wahlrecht des Versicherten nicht durch Einschränkun-

gen bei der Wahl von Leistungserbringern oder Produkten ausgehöhlt werden. Dies entmündigt den Patienten. „Durchschnittsmengen sind absurd und werden dem Patientenanspruch nicht gerecht“, so Ilona Schlegel.

Verantwortung der Pflege und Fachgesellschaften anerkennen

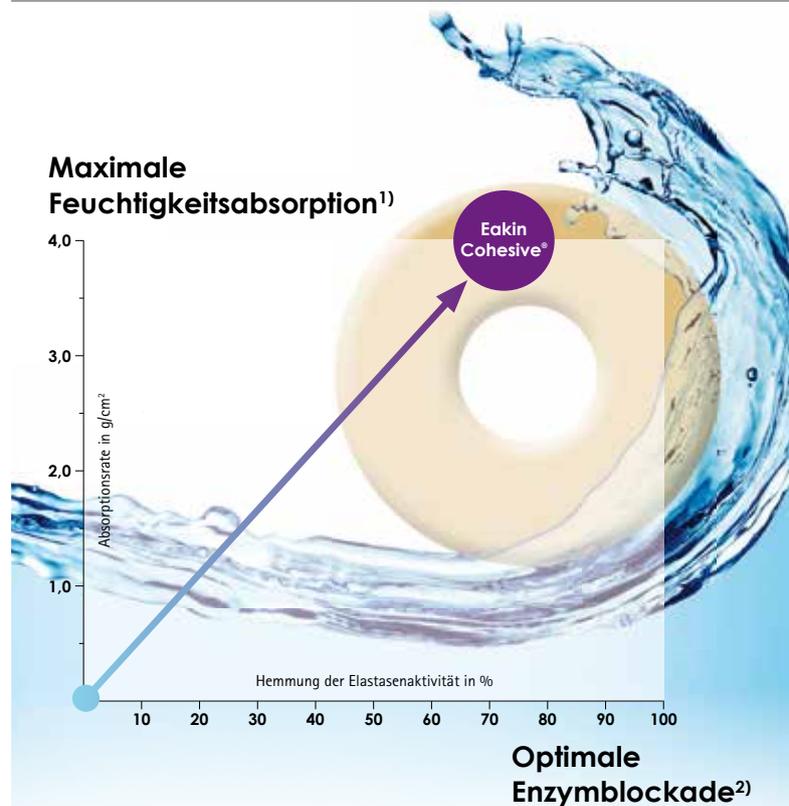
Gabriele Kroboth, Präsidentin der Europäischen Fachgesellschaft für Stomatherapie (ECET), betonte die besondere Verantwortung der Pflegekräfte. Am Beispiel Großbritanniens zeige sich, dass die Stoma-Care-Nurse die Patienten mit der erforderlichen Qualität und entsprechend ihren Bedürfnissen versorge. Die besondere Kompetenz und praktischen Erfahrungen der Pflege seien hierfür jedoch unabdingbar. Um die individuelle Versorgung zu sichern, seien Leitlinien und Versorgungsstandards nötig. Erich Grohmann von der ILCO betonte die positive Rolle der Fachgesellschaften von Pflege und Versorgung bei der Entwicklung übergreifender Qualitätsstandards. Dass dabei gerade aus Europa heraus eine Zusammenarbeit sinnvolle und konstruktive Impulse geben könne, habe die Diskussion der Gruppe gezeigt.

Die Diskutierenden waren sich darin einig, dass für die Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Inkontinenz und Stoma letztlich starke Fachgesellschaften von Medizinern, Pflege und Versorgung sowie eine gute Patientenvertretung nötig seien. Nur so könnten die Bedürfnisse der Betroffenen artikuliert und die Kriterien für die Versorgung gemeinsam bestimmt werden. Entscheidend sei zudem, dass die Patienten über ihre Ansprüche informiert seien und sich gemeinsam im Netzwerk mit den weiteren Akteuren für ihre Versorgung einsetzten. Um dies zu erreichen, sei die gemeinsame Definition von Leitlinien und Qualitätskriterien erforderlich. Der Austausch miteinander sollte fortgesetzt und intensiviert werden.

Christof Fiscoeder
Fiscoeder Kommunikationsberater
Kadettenweg 6
12205 Berlin
Tel: +49 30 28044697
E-Mail: cf@christof-fiscoeder.de
www.fiscoeder-kommunikationsberater.de

Aktuell

Eakin Cohesive® modellierbarer Hautschutz



- Einzigartige Fähigkeit, die Feuchtigkeit bis weit über 72 Stunden von der Haut fernzuhalten
- Hochresistenter Schutz vor Unterwanderung und Leckagen

Sehr flexibel	Höchster Schutz	Grassflächig	Innovativ und variabel
Eakin Cohesive SLIMS® modellierbare Hautschutzringe, dünn	Eakin Cohesive® modellierbare Hautschutzringe, klein	Eakin Cohesive® modellierbare Hautschutzringe, groß	Eakin Cohesive StomaWrap™ mit Vario-Öffnung
Cohesive®-Stärke 3,0 mm Durchmesser 48 mm/ 19 mm (innen)	Cohesive®-Stärke 4,2 mm Durchmesser 48 mm/ 19 mm (innen)	Cohesive®-Stärke 2,1 mm Durchmesser 98 mm/ 19 mm (innen)	Cohesive®-Stärke 3,1 mm Durchmesser 85 mm/ 50 mm (innen)
Art.-Nr. 839005 Packung à 10 Stück HMV-Nr. 29.26.11.2031 PZN 10126966	Art.-Nr. 839002 Packung à 30 Stück HMV-Nr. 29.26.11.2039 PZN 10280957	Art.-Nr. 839001 Packung à 10 Stück HMV-Nr. 29.26.11.2039 PZN 10280963	Art.-Nr. 839006 Packung à 10 Stück HMV-Nr. 29.26.11.2032 PZN 10770621

1) McGrogan, G.: Effects of a hydrocolloid ostomy seal on fecal enzyme activity and moisture absorption. Poster presented at 3rd Congress of the World Union of Wound Healing Societies June 4-8, 2008; Toronto, Canada.
2) Data on file: "Effect of a long life ostomy seal on faecal enzyme activity", Dr. Grace McGrogan, TG Eakin Ltd, Dr. Lorraine Martin, Queen's University Belfast, Northern Ireland (2014).

Fragen, Muster, Bestellungen:
0800-22 440 22
(gebührenfrei)

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



28. - 30. September 2017 in St. Gallen

WundD-A-CH Kongress 2017

Deutsch-Österreichisch-Schweizerische

Wundheilungsorganisation

Gyrowetzgasse 8

1140 Wien

Österreich

Telefon: +43 (0)1 602 25 48

Fax: +43 (0)1 602 25 48-90

E-Mail: office@wund-dach.org

www.wund-dach.org



05.-07. Oktober 2017

Internationaler Wundkongress ULM

Akademie-ZWM®

Taleggstrasse 23

CH-8424 Embrach

Tel.: +41-44 / 876 03 00

Fax: +41-44 / 876 03 06

www.akademie-zwm.ch



28. Oktober 2017 in Göttingen

4. Göttinger Wundkongress

Schröder Kommunikation

Dransfelder Str. 22

D-37079 Göttingen

Tel: +49 (0)551-50969710

Fax: +49 (0)551-50969719

info@akademie-fuer-wundversorgung.de

www.akademie-fuer-wundversorgung.de



3. November 2017

15. Gesundheitspflege-Kongresses

Springer Pflege

Springer Medizin Verlag GmbH

Kongressorganisation

Heidelberger Platz 3

14197 Berlin

Tel.: (030) 827 87 - 55 10

Fax: (030) 827 87 - 55 11

E-Mail: andrea.tauchert@springer.com

www.gesundheitskongresse.de



13. November 2017 - 04. Mai 2018

Praxisanleiter - 200 Std.

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe

RV NO

Alt-Moabit 91

10559 Berlin

Tel.: +49 (0)30-2089872-60

Fax: +49 (0)30-2089872-89

E-Mail: nordost@dbfk.de

www.dbfk.de

conventus

25. November 2017 in Bad Krozingen

10. Freiburger Wundsymposium

Conventus Congressmanagement &

Marketing GmbH

Carl-Pulfrich-Straße 1

07745 Jena

Tel.: 03641 / 31 16-319

Fax: 03641 / 31 16-243

E-Mail: doreen.kuehle@conventus.de

www.freiburger-wundsymposium.de



17. - 18. November 2017 in Regensburg

8. Internationalen Wundkongress

D-A-CH-EE

Universitätsklinikum Regensburg

Franz-Josef-Strauß-Allee 11

D-93053 Regensburg

Tel.: 09 41/9 44 - 0

Fax: 09 41/9 44 - 44 88

E-Mail: vorstand@ukr.de

www.ukr.de



30. November 2017 in Köln

10. Interdisziplinärer Wundkongress

PWG-Seminare

Saliering 48, 50677 Köln

Tel.: 02 21 / 95 15 84 - 0

Fax: 02 21 / 95 15 84 - 1

E-Mail: info@pwg-seminare.de

www.wundcongress.de



11. + 12. Juni 2018

3. Salzburger CWO Tage

Bahnhofstrasse 6

5111 Bürmoos Salzburg

E-Mail: congress@ecwo.at

www.ecwo.at



15. und 16. September 2017 in Aachen

4. Aachener Wundsymposium

Segema GmbH & Co KG

Julius -Doms-Str. 15

51373 Leverkusen

Tel.: 0700 73 43 62 00

E-Mail: info@segema.de

www.aachener-wundsymposium.de



26. September 2017 in Regensburg

4. Seminar zur Komplementärmedizin

Universitätsklinikum Regensburg

Franz-Josef-Strauß-Allee 11

D-93053 Regensburg

Telefon: 0941 944-0

Fax: 0941 944-4488

E-Mail: Thomas.Bonkowski@ukr.de

www.ukr.de

MEDCARE

27. bis 28. September 2017 in Leipzig

MEDCARE

Leipziger Messe GmbH

Messe-Allee 1

04356 Leipzig

Tel.: +49 3 41 6 78 - 0

Fax: +49 3 41 6 78 - 87 62

E-Mail: info@leipziger-messe.de

www.medcare-leipzig.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

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

Nr. 74 · 08/2017



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



Wannsee-Akademie
Ansprechpartnerin: Frau Barbara Loczenski
Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin
Tel.: 030 / 8 06 86 - 040 / 100
E-Mail: akademie@wannseeschule.de
www.wannseeakademie.de



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



Stoma-Welt.de
Am Bettenheimer Hof 26
55576 Spredlingen
info@stoma-welt.de / www.stoma-welt.de

Mitgliedsverbände



Deutsche Morbus Crohn / Colitis ulcerosa Vereinigung – DCCV – e.V.
Bundesgeschäftsstelle:
Inselstraße 1, 10179 Berlin
Tel.: 030/2000392-0
Fax: 030/2000392-87
Internet: http://www.dccv.de



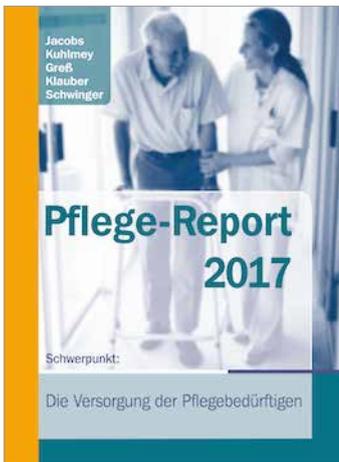
Deutsche Kontinenz Gesellschaft e.V.
Geschäftsstelle:
Friedrichstraße 15, 60323 Frankfurt
Tel.: 069 - 79588393
www.kontinenz-gesellschaft.de



Deutsche ILCO e.V.
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



Jacobs, Kuhlmeier, Greß, Klauber, Schwinger

Pflege-Report 2017

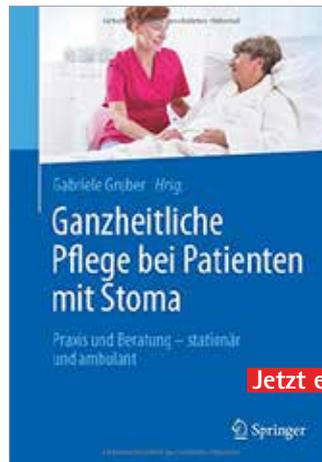
Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen

Hochaktuelle Thematik als gesellschaftliche Herausforderung

Der Pflege-Report 2017 stellt Pflegebedürftige und ihre Versorgung in den Mittelpunkt. Leitfragen dieses Reports sind:

- Wer sind die Pflegebedürftigen und was ist ihr zentraler Versorgungsbedarf?
- Wie ist die pflegerische und gesundheitliche Versorgung von Pflegebedürftigen heute ausgestaltet?
- Werden die heutigen Versorgungsstrukturen den Bedürfnissen Pflegebedürftiger gerecht?
- Wie kann die Versorgung der Pflegebedürftigen gezielt verbessert werden?

Der jährlich erscheinende Pflege-Report ist eine fundierte Wissens- und Diskussionsgrundlage, um zu tragfähigen Entscheidungen zu gelangen und so eine qualitativ hochwertige Pflegeversorgung zu sichern – eine der gesellschaftspolitisch wichtigsten Aufgaben in den nächsten Jahrzehnten.



Gabriele Gruber (Hrs.)

Ganzheitliche Pflege bei Patienten mit Stoma

Praxis und Beratung – stationär und ambulant

Rundum gut versorgt, gepflegt und beraten!

Dieses Praxisbuch bietet Pflegenden in ambulanten und stationären Einrichtungen umfassendes Wissen, um Patienten mit Stoma ganzheitlich und professionell zu betreuen und kontinuierlich zu beraten.

Neben einer hohen Fachkenntnis und guter Wundversorgung erfordert die Pflege von Menschen mit Stoma eine hohe psychosoziale Kompetenz. Die Lebensqualität der Betroffenen zu fördern und zu erhalten ist in der akuten Phase nach der Operation genauso essentiell, wie in der ambulanten Betreuung zu Hause. Lernen Sie Ihre Patienten auf diesem Weg Schritt für Schritt empathisch zu begleiten und bedarfsorientiert zu versorgen. Die erfahrenen Autoren gehen dabei auf die wesentlichen Inhalte der Weiterbildung zum Pflegeexperten Stoma, Kontinenz, Wunde ein.



Peter Petros

Ratgeber Inkontinenz und Beckenbodenbeschwerden

Hilfreiche neue Therapie nach dem integralen System

Dieser Patientenratgeber richtet sich an Frauen mit Beschwerden und Schmerzen im Bereich von Blase, Darm und Becken, wie Urin- und Stuhlinkontinenz, Entleerungsstörungen von Blase und Darm. Er informiert über die neuen Behandlungsmethoden nach der Integraltheorie, die davon ausgeht, dass die meisten Inkontinenzprobleme ihren Ursprung im Bereich geschädigter bindegewebiger Bänder der Vagina haben und nicht von Blase oder Darm ausgehen. Durch operative Korrektur dieser Strukturen, meist minimal-invasiv, konnte weltweit schon vielen Frauen geholfen werden.

Neben einer allgemeinen, für Laien gut verständlichen und illustrierten Einführung in die Anatomie und Funktionsweise der Beckenorgane geben Fallbeispiele weitere Einblicke in die Thematik.

Die Autoren hoffen, dass die Lektüre dieses Ratgebers betroffenen Frauen hilft, zusammen mit ihrem Arzt zu entscheiden, welche Maßnahmen für sie die richtigen sind.



Hier könnte auch
Ihr Buchbeitrag
veröffentlicht werden.

Bild: © fotomaximum - Fotolia.com



Die "frischgebackenen" Pflegeexperten Stoma Kontinenz Wunde der Weiterbildung 2015-2017 in Herne zusammen mit Frau Veronika Pietzonka (WB-Leitung, vorne rechts) nach ihrer Abschlusspräsentation

Feiner Schlusssakkord

Am 28. April fand der Weiterbildungslehrgang 2015-2017 für die "Pflegeexperten Stoma. Kontinenz.Wunde" im Rahmen von Präsentationen der Facharbeiten seinen Abschluss.

Eine breite Palette interessanter Themen wurde dem anwesenden Fachpublikum, Angehörigen und Freunden vorgestellt, wie z. B.: die "Situation der Angehörigen von Enterostomapatienten", das "Tabuthema Stuhlinkontinenz" wie auch verschiedene Aufgaben mit Schwerpunkt "Patientenedukation".

Das Bildungswerk in Herne wird den nächsten Lehrgang dieser 2-jährigen berufsbegleitenden Weiterbildung im November 2017 starten und freut sich auf neue interessierte Teilnehmer/innen!



Frau Pietzonka im offensichtlich befreiten Dialog zur Abschlussarbeit "Situation der Angehörigen" von und mit Frau Andrea Dietrich



Frau Elena Plondzew entwickelte begleitend zu ihrem Abschlusssthema die Broschüre "Stuhlinkontinenz - Aktiv am Leben teilhaben", einen nicht nur für betroffene Patienten sehr gelungenen Ratgeber!

Bewerbungen bitte an:
Bildungswerk e.V.
Hospitalstr. 19
44649 Herne

Bilder: Thomas Bölker

Thomas Bölker



Der Kurs 2015 nimmt Abschied

Weiterbildung Pflegeexperte Stoma, Kontinenz und Wunde am Diakonischen Institut Dornstadt

13. Mai 2017, es ist geschafft! 24 Teilnehmer sind glücklich und mit Recht stolz endlich die Abschlusszeugnisse entgegenzunehmen. Zwei Jahre der berufsbegleitenden Fachweiterbildung liegen hinter ihnen.

In den zwei vergangenen Jahren ist viel entstanden, jeweils die geforderte „kleine Facharbeit“ sowie fünf kreative Projektarbeiten wie ein Reisekulturbeutel für Stomaträger, eine „Leibbinde“ mit einem elastischen selbstentwickelten Material, ein „Ratgebermonster“ um Kinder zum selbstständigen Versorgungsechsel zu motivieren und eine Infobroschüre die Kindern die Stomaanlage erklärt. Ein Kitteltaschenratgeber zur Information für Pflegenden zur Kompressionstherapie sind entstanden.



Zum Abschluss wurde die „große Facharbeit“ im Colloquium verteidigt und vor über 50 geladenen Gästen präsentiert. Arbeitgeber, Teamleitungen, Dozenten, der Vorsitzende der Fachgesellschaft FgSKW e. V. Hr. W. Droste und Hr. H.-J. Markus als Delegierter des WCET e. V. sowie Familienangehörige

und Mitarbeiter der Industrie konnten den vielfältigen und interessanten Themen beiwohnen.

In Gesprächen oder auch während der Präsentationen berichteten die AbsolventInnen von ihrem Erleben, sich auf die Weiterbildung einzulassen, ihre beruflichen Entwicklungen, inspiriert durch die Unterrichtsinhalte und auch Gespräche mit den KurskollegInnen. Natürlich wurden auch persönliche Ereignisse, Höhen und Tiefen während der zwei Jahre noch einmal angesprochen, gelacht und auch einmal vor Erleichterung und Glück geweint.

Während der Weiterbildung wechselte die fachliche Kursleitung. Durch großes Engagement und Offenheit von Seiten der Kursteilnehmer und der neuen Kursleitung konnte der Endspurt mit allen Herausforderungen und Prüfungen erfolgreich enden.

An dieser Stelle ein großes Dankeschön an alle Dozierenden für ihr kompetentes Mitwirken an den guten Erfolgen und auch ihre spontanen Zusagen wenn einmal „Not am Mann“ war. Besonders an Frau S. King als Bereichsleitung am Diakonischen Institut und ihrem Team für die Organisation und Unterstützung. Am Freitag, den 13. Mai 2017 war der letzte Tag der Weiterbildung. Frau Silvia King verabschiedete die Teilnehmenden und die lang ersehnten Urkunden gingen an „Ihre“ Besitzer.

Als Resümee bleibt:

„Gut wie wir es gemeinsam geschafft haben, uns gegenseitig gestützt haben



und auch dieses eine Stück des beruflichen und auch privaten Weges miteinander gegangen sind!“
Alles Gute noch einmal an die Absolventen, viel Erfolg bei der täglichen Arbeit und bei der Umsetzung der beruflichen Ziele! Geben Sie ihr Wissen weiter, um die Qualität der Pflege von Menschen mit Stoma, Kontinenzstörungen oder auch speziellen Wunden weiter zu beeinflussen. Glauben Sie an ihre Ideen und Visionen!

*„Auch aus Steinen, die einem in den Weg gelegt werden, kann man Schönes bauen“
– J. W. v. Goethe*

Und vor allem, bleiben Sie in Kontakt untereinander! Es gibt nichts Schöneres, wenn aus zwei Jahren gemeinsamen „Arbeitens“ Netzwerke fortbestehen, und falls Fragen oder Probleme auftauchen, diese gemeinsam gelöst werden.

Herzlichen Glückwunsch

*Gabriele Gruber
MSc, München*

Gemeinsam Zukunft gestalten!

Die Fachgesellschaft
 Stoma, Kontinenz und Wunde e.V.
 ist die Vereinigung
 von Pflegefachkräften
 für Stomatherapie,
 Kontinenzförderung
 und Wundbehandlung
 in all ihren Arbeitsbereichen.

Die Zielsetzung ist,
 innerhalb des
 multiprofessionellen Teams
 eine Versorgungsqualität
 und Qualitätssicherung
 auf hohem Niveau
 zu erreichen.

Mitgliedschaft

Schließen Sie sich unserer starken Gemeinschaft an!
 Profitieren Sie durch die Mitgliedschaft und helfen Sie uns, in unseren
 vielfältigen Arbeitsgebieten. Gestalten Sie, wenn Sie möchten, direkt
 durch Ihre Mitarbeit die Zukunft der Fachgesellschaft Ihrer Experten-
 gruppe mit. Um mehr zu erfahren, besuchen Sie unsere Homepage:

www.fgskw.org

Dort finden Sie alle weiterführenden
 Informationen und das Beitrittsformular.

Unsere Medien – Ihr Wissen

MagSi® Magazin

Stoma, Kontinenz und Wunde

Drei Mal pro Jahr erscheint unsere Fachzeitschrift
 für Pflege, Fortbildung und Berufspolitik.
 Als Mitglied erhalten Sie das **MagSi® Fachmagazin**
 kostenfrei. Möchten Sie ein Abonnement ohne
 Mitgliedschaft?

Die früheren Ausgaben mit Inhaltsverzeichnis der
 Themen und Autoren sowie einen Antrag für
 ein Abonnement finden Sie auf unserer Homepage.

Monatlich bietet Ihnen die **MagSi® InterAktiv**

Informationen für Pflege, Fortbildung, Medizin und
 Berufspolitik. Eine Übersicht mit Inhaltsangabe der
 vergangenen Ausgaben finden Sie ebenso wie einen
 Antrag für ein kostenfreies Abonnement auf unserer
 Homepage.

www.fgskw.org

Hier informieren wir Sie über unsere Arbeit, aktuelle und zukünftige Aktivitäten.
 Auch Aktuelles aus den Handlungsfeldern und dem Gesundheitsmarkt sowie
 Fachbeiträge, Buchempfehlungen und viel Interessantes mehr, stellen wir auf
 unserer Homepage zur Verfügung.



Neu: 2-teilige Ileo-Tagdrainagen

Seit dem 1. Juni 2017 ergänzen die 2-teiligen Ileo-Tagdrainagen das SenSura® Mio Sortiment. Mit ihrem hohen Fassungsvermögen eignen sie sich insbesondere für den postoperativen Einsatz, für Patienten mit Kurzdarmsyndrom sowie für die Versorgung von Ileostomiepatienten mit hohen Ausscheidungsmengen (High-Output-Stoma).

Die 2-teiligen SenSura Mio Ileo-Tagdrainagen fassen über 1.000 ml und sorgen so für möglichst lange Intervalle zwischen den Versorgungswechseln – und damit für längere Ruhezeit der Patienten. Erhältlich sind die zweiteiligen Systeme sowohl mit Click-Rastringkopplung (in den Rastringgrößen 40, 50, 60 und 70 mm) als auch mit der Flex-Klebekopplung (in den Haftringgrößen 50 und 70 mm).

Sicherheit und Komfort mit der BodyFit® Technologie

Die neuen 2-teiligen Ileo-Tagdrainagen sind mit den bewährten SenSura Mio Basisplatten kompatibel. Wie bei allen SenSura Mio Produkten sorgt die BodyFit Technologie auch bei den neuen Produkten für eine sichere und komfortable Passform bei jeder individuellen Körperform. Der einzigartige elastische Hautschutz folgt den natürlichen Körperbewegungen, dehnt sich mit der Haut und nimmt stets seine ursprüngliche Form wieder an. Die Basisplatten sind in plan, konvex light (6 mm) sowie bei der Variante mit Click-Rastringkopplung auch in konvex (9 mm) erhältlich. Die Beutel verfügen über den bewährten SenSura Mio Ringfilter und eine Rückflusssperre. Bei den transparenten Beutelvarianten ist eine Messskala zur Bestimmung der Ausscheidungsmenge aufgedruckt, die Varianten mit dem diskreten, lichtgrauen Textilstoff verfügen alle über ein Sichtfenster. Bei den Auslässen kann zwischen einem Post-OP-Auslass

(9 mm Lumen) und einem großlumigen Auslass (13 mm Lumen) gewählt werden. Beide Auslässe sorgen durch ihre praktische Trichterform für eine einfache Entleerung und sie lassen sich einfach und direkt an den 2.000 ml fassenden Coloplast-Bettbeutel anschließen.

Diskrete Mini-Variante

Neu im Produktprogramm ist zudem eine diskrete Mini-Variante der SenSura Mio Ileo-Tagdrainage mit Click-Rastringverbindung. Sie wurde speziell für kleine zierliche Personen und für den häuslichen Gebrauch entwickelt. Ihr Beutel ist so groß wie ein Standardausstreifbeutel, verfügt aber ebenfalls über einen trichterförmigen Auslass mit Verschlussstöpsel.

*Weitere Informationen unter
www.coloplast.de*



Printmagazin informiert
Sanitätshaus-Kunden kostenlos

Deutschlandweit erhältlich: SANITÄTSHAUS AKTUELL MAGAZIN



Das SANITÄTSHAUS AKTUELL MAGAZIN ist DAS deutschlandweite Kundenmagazin für Sanitätshäuser. Quartalsweise erscheint die Zeitschrift seit Anfang 2015 mit einer von Ausgabe zu Ausgabe steigenden Auflage und berichtet über aktuelle Themen aus den Bereichen Gesundheit, Prävention, Fitness, Wellness sowie Kultur. Regelmäßig befinden sich darunter Reportagen, Interviews und Berichte rund um die Themen Inkontinenz und Stoma. Leserinnen und Leser erhalten das Magazin kostenlos in den Mitgliedshäusern der Sanitätshaus Aktuell AG.

„Über Inkontinenz reden“, „Die ambulanten Pflegedienste der Sanitätshäuser im Einsatz“, „Häusliche Versorgung für Stomapatienten“, „Interview mit Gottfried Fischer über das Tabuthema Inkontinenz“, „Zwei Pflegeexpertinnen mit Herz und Verstand berichten über ihren Berufsalltag bei Stoma-, Inkontinenz-

sowie Wundpatienten“, „Übergewicht fördert Harninkontinenz: Interview mit dem Urologen Dr. Wolfgang Bühmann“, ... ein paar Beispiele dafür, dass das SANITÄTSHAUS AKTUELL MAGAZIN regelmäßig über alles rund um die Themen Inkontinenz, Stoma sowie Wunde berichtet und dabei Prominente wie Experten zu Wort kommen lässt.

Darüber hinaus erwarten die Leserinnen und Leser in jeder Ausgabe Themenbereiche wie Barrierefreiheit, Mobilität, Wellness, Fitness und Kultur. Eine exklusive Kolumne vom bekannten Wissenschaftsjournalisten Jean Pütz, ein Jahreszeitenrezept vom DHB – Netzwerk Haushalt, eine Rechtskolumne über neue Gesetze und Krankenkassenleistungen, Rätsel, Sudokus sowie haufenweise Verlosungen (u.a. brandneue Blu-rays, DVDs, CDs, und Bücher) und Gewinnspiele runden das Heft ab.

Ergänzende Inhalte und weitere Verlosungen finden Sie online unter www.santaetshaus-aktuell.info und bei Facebook unter www.facebook.com/sanitaetshausaktuell.

Ab September neu: CeraRing® konvex

Hautschutzringe mit Extra

Ab 1. September 2017 gibt es CeraRing Hautschutzringe auch in konvex. Sie enthalten Ceramide – eine natürliche Substanz der äußeren Hautschicht.

Dreifacher Schutz für die Haut
Die Ceramide im Hautschutz bilden eine natürliche Barriere und helfen dadurch die natürliche Feuchtigkeit der Haut zu bewahren bzw. wiederherzustellen. Durch zuverlässiges Abdichten des Stomas mithilfe der CeraRinge kann die parastomale Haut vor Unterwanderung und der damit verbundenen Belastung geschützt werden.

Erosionsresistent, langlebig, formbeständig

Der CeraRing konvex behält seine Form – auch nach andauerndem Kontakt mit Feuchtigkeit und Ausscheidung. Die zum Ringäußeren flacher werdende Materialstärke ermöglicht ein komfortables Auskleiden von Unebenheiten und schafft einen sanften Übergang zur Basisplatte.

Drei neue Artikel im Zeichen der Prävention

Den neuen CeraRing konvex gibt es in drei Varianten: Für Stomadurchmesser von 17–26mm, 27–36mm und 37–46mm. Das Material ist innen 6mm stark – nach außen flach auslaufend.

Breites Sortiment für gesunde parastomale Haut

Das Sortiment mit Ceramiden im Hautschutz ist breit gefächert: Neben den CeraRingen in plan und konvex stehen eine Vielzahl von geschlossenen und Ausstreifbeuteln in ausschneidbaren sowie vorgestanzten Größen zur Verfügung. Egal ob plan, konvex oder soft konvex – CeraPlus hat das passende Produkt.

Fällt die Wahl auf ein zweiteiliges System, sind CeraPlus Basisplatten mit atmungsaktivem Haftrand oder durchgehendem Hautschutz in plan oder konvex erhältlich. Auch hier kann der Anwender zwischen ausschneidbaren oder vorgestanzten Größen wählen.



CeraRing® konvex: bewährter Hautschutzring jetzt mit der Technologie der Ceramide. Sie helfen die Haut vor dem Austrocknen zu schützen – für gesunde parastomale Haut.



CeraRing® konvex ist in drei Größen erhältlich.

Kontaktieren Sie unser Beratungsteam für weitere Informationen:

*Mo – Do: 8:00 – 17:00 Uhr
Fr.: 8:00 – 16:00 Uhr*

*Tel.: 0800/36 38 400 (gebührenfrei)
E-Mail: beratungsteam@hollister.com*

Urindrainage:

Produktverbesserungen für Ureofix 112 Plus und Uri-med SP+

Im Dialog mit Kunden hat die B. Braun Melsungen AG den Stufenkonus für die Produkte der geschlossenen Urindrainage Ureofix 112 Plus und Uri-med SP+ verbessert. Der Stufenkonus zeichnet sich in der überarbeiteten Fassung durch mehr und deutlicher abgegrenzte Stufen aus, dafür einen verbesserten Halt an den Trichteransätzen in der Verbindung zum Dauerkatheter sorgen.

Ebenfalls verbessert wurde die nadelfreie Probenentnahmestelle. Sie ist nun flach und oval gestaltet, so dass sie besser desinfiziert werden kann. Des Weiteren sind Ureofix 112 Plus und Uri-med SP+ jetzt auch DEHP-frei.

Weitere Infos unter:

<https://www.bbraun.de/de/products/b/ureofix-112-plus.html>
<https://www.bbraun.de/de/products/b60/urimed-sp.html>

B. Braun Melsungen AG
 Carl-Braun-Str. 1
 D-34212 Melsungen
 Tel.: 0 56 61 71 33 99
 E-Mail: info.de@bbraun.com

Verständlich für Groß und Klein:

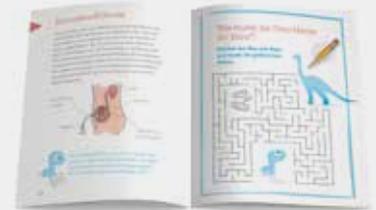
PubliCare-Broschüren informieren altersgerecht

Informieren, unterhalten, unterstützen

Die Broschüren von PubliCare, einem führenden Homecare-Experten für Stoma- und Kontinenzversorgung, bieten alles in einem. Damit gibt das Kölner Unternehmen Kindern mit Einschränkungen und deren Eltern alltagstaugliches Wissen an die Hand. In altersgerechter Darstellung und Sprache sind komplexe Themen wie „Intermittierender Selbstkatheterismus“ (ISK) und „Stoma“ anschaulich aufbereitet. Durch Lernspiele können die Leser ihr Wissen spielerisch erweitern. Die Erfahrungsberichte Betroffener ergänzen außerdem Tipps für den Umgang und das Leben mit der Einschränkung. Ziel ist es, dass die jungen Patienten möglichst selbstständig und unbeschwert in Schule und Freizeit leben können. Zudem hilft eine umfassende Aufklärung Eltern, Lehrern und Betreuern, die Situation der Kinder besser zu verstehen und mögliche Ängste abzulegen.

Weitere Informationen erhalten Sie unter www.publicare-gmbh.de

PubliCare GmbH
 Sabine Thomas – Leitung Marketing
 Kommunikation
 E-Mail: sabine.thomas@publicare-gmbh.de
 Am Wassermann 20-22
 50829 Köln





Die nächste Ausgabe Ihrer

MagSi® Magazin

Stoma · Kontinenz · Wunde

erscheint im Dezember 2017

Herausgeber

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

ISSN 1863-1975

Erscheinungsmonate

April, August, Dezember

Redaktionsschluss

1. Februar, 1. Juni, 1. Oktober

Anzeigen- und Beilagenschluss

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

Redaktion + Autorenbeiträge

Brigitte 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
59379 Selm
Tel.: +49 (0) 25 92 / 97 31 41
Fax: +49 (0) 23 06 / 3 78 39 95
E-Mail: sekretariat@fgskw.org
Internet: www.fgskw.org

Abonnement

Bezugspreis Jahresabonnement
Inland- und Ausland
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 Jahres-
schluss gekündigt werden.

Zielgruppen

- Pflegende mit der Qualifikation
Stomapflege, Kontinenz und Wund-
versorgung mit spezieller Ernährungs-
beratung
 - Pflegende und andere Berufsgruppen in
klinischen und ambulanten Bereichen,
Rehabilitationseinrichtungen, Sozial-
stationen, im Sanitätsfachhandel und
in der Industrie
 - Pflegende und andere Berufsgruppen in
Alten-, Senioren- und Pflegeheimen
sowie in Kranken- und Altenpflegeschu-
len und in Weiterbildungseinrichtungen
 - Homecarebereich
 - Ärzte
 - Therapeuten
 - Betroffene
- Ein zum Abonnenten-Versand zusätzlich
durchgeführter zielgruppenorientierter
Wechselsversand 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, Anzeigenpreis-
liste und Geschäftsbedingungen können
gerne bei der Redaktion oder beim Heraus-
geber angefordert werden. Geschäftsjahr ist
das Kalenderjahr. Gerichtsstand ist der Sitz
der Geschäftsstelle.

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

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

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

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

Für unaufgefordert eingesandte Manuskrip-
te und Unterlagen lehnt der Herausgeber die
Haftung ab.

Bild: © Opra - Fotolia.com

I CAN
live free

ESTEEM™  *Flex* Konvex

MEHR FREIHEIT, DAS LEBEN NACH EIGENEN REGELN ZU LEBEN

Als jüngster Zuwachs in der Familie unserer einteiligen Stomaversorgungsprodukte vereinen die neuen Esteem™  Flex Konvex Stomabeutel Komfort und höchste Flexibilität mit der Sicherheit einer zuverlässig abdichtenden konvexen Versorgung. Die Esteem™  Flex Konvex Stomabeutel passen sich sanft an die Haut an, gehen mit den Bewegungen des Körpers mit und geben so maximales Vertrauen in die eigene Stomaversorgung.



ConvaTec (Germany) GmbH
Radlkoflerstraße 2
81373 München

Rufen Sie uns an!
Kostenfreie Beratungsnummer: 0800 / 78 66 200
Internet: www.convatec.de

 **ConvaTec**

Stomacare

Bandagen für Stomaträger

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 zur Verfügung.

Indikationen

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

EasyOpener



Für mehr Komfort beim Beutelwechsel

EasyCut



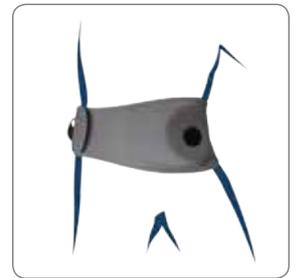
Öffnungsdurchmesser, -form und -position individuell bestimmbar

Standard-Fertigfabrikat



Optimale Versorgung insbesondere für adipöse Stomaträger

HydroActive



Für mehr Schutz und Sicherheit im Wasser



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



* Wird bei dem Modell "HydroActive" nicht benötigt.

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