

# MagSi®

MAGAZIN



STOMA  
KONTINENZ  
WUNDE

## Das Thema

Darmkrebs

Mystische Misteln: Wirkung gegen Krebs nicht belegt

Ausgewählte Aspekte in der Beratung von Urostomiepatienten mit dem Schwerpunkt hygiene-spezifischer Fragestellungen

# Die richtige Versorgung? Eine Bauchentscheidung.

Plan – für ebene Bäuche

Konvex – für Bäuche, bei denen die  
Stomaöffnung unter Hautniveau liegt

Konkav – für runde Bäuche



 Coloplast

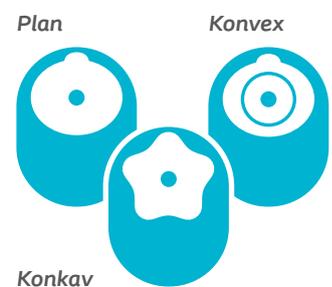
SenSura® Mio

## Drei Körperprofile – drei Versorgungslösungen

Jeder Stomaträger ist einzigartig und benötigt eine individuell auf seine Bedürfnisse abgestimmte Versorgung. Die Ermittlung der Stomaumgebung ist dabei der erste Schritt zu einer gut sitzenden Stomaversorgung. Mit der Zeit kann sich Ihr Körper und mit ihm die Stomaumgebung verändern. Mit dem umfangreichen Sortiment von SenSura® Mio haben wir auch für Ihre Bedürfnisse die optimale Lösung: unabhängig davon, ob Sie gerade eine plane, konvexe oder konkave Versorgung benötigen – die besonderen Hautschutz- und Basisplatten des SenSura® Mio Sortiments passen sich dank der BodyFit Technologie® zu jeder Zeit Ihren Körperprofilen an.

Treffen Sie mit SenSura® Mio Ihre Bauchentscheidung, denn eine gut sitzende Versorgung kann das Risiko von Leckagen und damit verbundene Hautirritationen senken.

Mit unserem Stomabauch-Check helfen wir Ihnen dabei, regelmäßig zu überprüfen, ob Ihre Stomaversorgung noch die passende für Sie ist. Das geht nicht nur einfach, sondern auch schnell: [Online unter www.coloplast.de/meinstomabauchcheck](http://www.coloplast.de/meinstomabauchcheck)





Ausblick

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

E-Mails, Nachrichten auf dem Smartphone, Facebook & Co, schnell nochmals die Nachrichten online kucken ...

Gerade in Zeiten, in denen die Welt „Kopf steht“, ist es besonders wichtig einen achtsamen Umgang mit der Medien- und Informationsflut zu praktizieren.

Denn ... die medialen Eindrücke können uns überfordern und wir bemerken viel zu spät, was sie in uns anrichten - Stress, Ängste, Überforderungstendenzen.

Deshalb ist es wichtig, sich bewusst zurückzunehmen und von Zeit zu Zeit eine Medien-Fastenkur zu machen. Seien Sie sich sicher, dass das Rad der Welt sich weiterdreht, auch wenn Sie sich für Stunden oder Tage rausnehmen.

In diesem Sinne wünschen wir Ihnen eine gute Zeit! Bleiben Sie gesund!

Bilder: © Alexander - Fotolia.com, © pilat666 - AdobeStock

Ihre Redaktion der MagSi®

## Das Thema

- 4 Darmkrebs
- 8 Altersmedizin: Aktualisierte Leitlinie zu Harninkontinenz veröffentlicht
- 10 Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten im O-Ton Interview
- 13 Mystische Misteln: Wirkung gegen Krebs nicht belegt
- 16 Krebspatienten: Wer zahlt für Zahnersatz?
- 18 Ausgewählte Aspekte in der Beratung von Urostomiepatienten mit dem Schwerpunkt hygiene-spezifischer Fragestellungen
- 24 "Typisch Crohn" - Vorurteil oder Realität?

## Fachgesellschaft Aktuell

- 35 Termine/Kongresse
- 36 Kooperationspartner/Mitgliedsverbände

## Buch-Tipp Schaufenster

- 38 Buchvorstellung
- 40 Neuigkeiten bei Produkten und Dienstleistungen

## Impressum

- 42 Impressum/Vorschau nächste Ausgabe

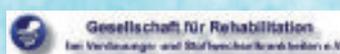
### Herausgeber



### Kooperationspartner



### Mitgliedsverbände



# Darmkrebs

Vorsorge, Diagnostik und Therapie in einem zertifizierten Darmkrebszentrum

## Einleitung

Seit 2009 befindet sich am Zollernalb-Klinikum ein von der deutschen Krebsgesellschaft über OnkoZert zertifiziertes Darmkrebszentrum. Es besteht aus einem Verbund von Spezialisten verschiedener medizinischer Fachrichtungen und Berufsgruppen, deren Zusammenarbeit PatientInnen eine Therapie nach modernsten Erkenntnissen garantiert. Als Lehrkrankenhaus kooperieren wir dabei in vielen Bereichen mit dem Universitätsklinikum Tübingen (UKT).

Auf der Basis aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse und Leitlinien nehmen fachübergreifend verschiedene Spezialisten die Behandlung vor. Dies geschieht u. a. durch die Diskussion der speziellen Krankheitssituation aller PatientInnen in einer interdisziplinären Tumorkonferenz. Daran nehmen alle an der Behandlung beteiligten Fachdisziplinen teil. Für jeden Fall wird ein persönlicher Behandlungsplan erstellt und dann mit den Betroffenen diskutiert. Diese werden durch die optimale fachübergreifende Beratung in die Lage versetzt, den aus ihrer Sicht besten Behandlungsweg für sich selbst auszuwählen. In der Tumorkonferenz wird ein Teil der Fälle bereits präoperativ (s. u.) vorgestellt und später alle Fälle nach jedem Therapieschritt oder nach Veränderungen im Krankheitsverlauf (z. B. Neuauftreten von Metastasen) neu besprochen. Zur Qualitätssicherung werden Darmkrebszentren jährlich zertifiziert und sind verpflichtet, regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen und Qualitätszirkel für die in die Behandlung eingebundenen

Hauptkooperationspartner	Weitere Partner
Viszeralchirurgie	Stomatherapie
Gastroenterologie	Psychoonkologie
Onkologie	Ernährungsberatung
Radiologie	Anästhesie, Schmerztherapie
Strahlentherapie (UKT)	Palliativmedizin
Pathologie (UKT)	Humangenetik
	Physiotherapie
	Selbsthilfegruppen
	Sozialdienste, ambulante und stationäre Hospizeinrichtungen
	Reha-Einrichtungen
	Pflegedienste

Tabelle 1: Partner unseres Darmkrebszentrums

denen Ärzte, Pflegekräfte und Kooperationspartner durchzuführen.

## Vorsorge

Eine der wichtigsten Aufgaben eines Darmkrebszentrums ist die Verbesserung der Vorsorge. Hierzu bieten wir mehrmals jährlich Vortragsveranstaltungen an unserer Klinik und auf Gesundheitsmessen der Region an.

Hier wird die Bevölkerung über Ursachen und Risiken der Darmkrebsentwicklung informiert. Ein besonderer Schwerpunkt liegt in der Anpassung der Lebensweise, um Krebsrisiken zu senken. Individuelle Ernährungsberatung und Raucherentwöhnungskurse unterstützen diese Maßnahme.

Vorsorgeuntersuchungen wie Test auf Blut im Stuhlgang (empfohlen jährlich ab einem Alter von 50 Jahren), Enddarmspiegelung (Rektoskopie) und

komplette Darmspiegelung (Koloskopie) sind weitere wichtige Maßnahmen zur Vorbeugung und Früherkennung von Darmkrebs. Hierbei stellt die Koloskopie die Königsdisziplin dar. Sie vereint die bestmögliche Diagnostik (vollständige Inspektion des Dickdarmlumens) mit Vorbeugung (zeitgleiche Entfernung von Krebsvorstufen wie Polypen und Adenomen) und in einigen Fällen auch Therapie (komplette Entfernung eines kleinen kolorektalen Karzinoms im Frühstadium) und wird in der Regel von niedergelassenen Gastroenterologen durchgeführt.

Die Kosten von Vorsorgekoloskopien werden ab einem Alter von 50 Jahren (Männer) bzw. 55 Jahren (Frauen) von den Krankenkassen übernommen. Sie sollten bei unauffälligem Befund zweimal im Abstand von 10 Jahren erfolgen. Liegen Risikobegleiterkrankungen oder genetische Risikofaktoren vor,

Bilder: Zollernalb-Klinikum

Genetische Risikofaktoren	Beeinflussbares Risiko: Lebensweise	Risikobegleit-erkrankungen
Kolorektales Karzinom in der Familie	Rauchen Alkoholgenuss	Polypen und Adenom im Darm, Darmkrebs in der Eigenanamnese
Familiäre Polyposis (FAP, AFAP, Peutz-Jeghers-Syndrom)	Übergewicht Bewegungsmangel	Andere bösartige Erkrankungen in der Vorgeschichte
HNPCC	Stress	Colitis ulcerosa, M. Crohn
MAP	Fleischreiche Kost, Gepökeltes	Diabetes Typ II
	Ballaststoffarme Kost	Sklerosierende Cholangitis (PSC)

Tabelle 2: Risikofaktoren

sollten die Untersuchungsabstände individuell verkürzt (alle 1-3 Jahre) und die Untersuchungen früher begonnen und dauerhaft durchgeführt werden.

Sonographie, CT, Doppelkontrast-CT oder MRT sind alternative bildgebende Vorsorgeuntersuchungen, die allerdings der Koloskopie in Sensibilität und Effektivität klar unterlegen sind.

### Diagnostik

Die meisten Patienten erreichen unser Darmkrebszentrum nach einer auswärtigen Koloskopie mit positivem Befund, einige natürlich auch als Notfälle (Darmverschluss, Tumorperforation) direkt von zu Hause. Nach einem ausführlichen Erstgespräch, in das wir gerne die Familie mit einbeziehen, wird dann zunächst die Diagnostik komplettiert.

Im elektiven Fall gehören hierzu beim Kolonkarzinom neben der Koloskopie und einem histologischen Nachweis des Karzinoms eine Computertomographie des Bauchraumes und Beckens und mindestens ein Röntgenbild des Brustraumes (wir führen hier zum Metastasenausschluss ebenfalls ein CT durch). Des Weiteren werden die für eine Operation notwendigen Blutwerte (Blutbild, Blutgerinnung, Nierenwerte, Leberwerte, Elektrolyte) und der Tumormarker CEA bestimmt.

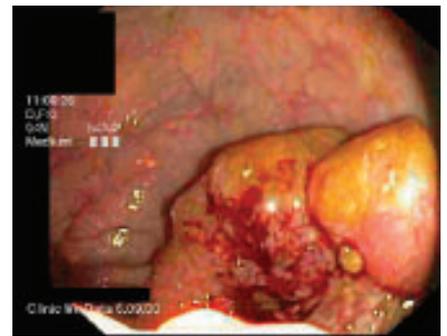
Nebenbemerkung: da der Tumormarker CEA bei vielen PatientInnen mit kolorektalem Karzinom nicht erhöht ist, eignet er sich nicht als Screening-Parameter. Im Falle einer prätherapeutischen Erhöhung ist er aber als Verlaufspa-

meter nach erfolgter Therapie leicht zu bestimmen und gut geeignet

Beim Enddarmkrebs (Rektumkarzinom) werden diese Untersuchungen ergänzt durch eine Rektoskopie, die in der Regel von der Chirurgie durchgeführt wird, um ein Bild von der lokalen Situation zu bekommen. Diese wird ergänzt durch eine Endosonographie, die Auskunft über die Eindringtiefe des Tumors in die Darmwand, über eine mögliche Beteiligung des Sphinktermuskels und von Nachbarorganen und lokalen Lymphknoten gibt. Wir fertigen zusätzlich stets eine Kernspintomographie (MRT) des Beckenbodens an.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch das Erfragen der aktuellen Kontinenzleistung, um Betroffene sinnvoll über kontinenserhaltende Operationen oder die Planung eines definitiven endständigen Stomas beraten zu können. Diese zusätzlichen Untersuchungen im Enddarmbereich dienen der Bestimmung des Tumorstadiums und bestimmen damit den weiteren Therapieablauf (primäre Operation versus neoadjuvante Radiochemotherapie mit späterer Operation (s. u.)).

Nach Vorliegen aller Untersuchungsergebnisse werden die PatientInnen mit frühen Stadien eines Kolonkarzinoms (UICC I-III = Tumor auf den Darm und die lokalen Lymphknoten beschränkt) primär operiert. Alle UICC-IV-Fälle (Vorliegen von Fernmetastasen) und alle Rektumkarzinomfälle werden bereits vor Beginn der Behandlung in der Tumorkonferenz besprochen, da hier nicht immer eine Operation den ersten Therapieschritt darstellt.



Kolonkarzinom bei der Darmspiegelung



Kolonkarzinom im CT (Pfeilmarkierung = Tumor)

### Therapie

Das primäre Behandlungsziel bei Patienten mit kolorektalem Karzinom ist die Heilung (kurative Intention). Ist dies nicht mehr möglich, rücken Gewinn an Lebenszeit und Erhalt/Verbesserung der Lebensqualität in den Vordergrund. In diesen Fällen können Therapieentscheidungen nicht mehr nur aufgrund medizinischer Standards, sondern nur noch in enger Absprache mit dem Betroffenen und/oder den Angehörigen getroffen werden.

Wie bereits beschrieben stellt die Operation in den Stadien UICC I-III des Kolonkarzinoms die erste Therapieoption dar (soweit der Allgemeinzustand der Betroffenen es erlaubt). Die Grundsätze der operativen Strategie sind dabei exakt definiert. Neben dem betroffenen Darmabschnitt werden auch die dazugehörigen Blutgefäße und Lymphknoten (aus Qualitätsgründen  $\geq 12$ ) en bloc (in einem Stück) mit entfernt. Für jeden Kolonabschnitt ist das Ausmaß der Resektion genau festgelegt. Im Kolonbereich können die Darmenden normalerweise wieder aneinandergefügt werden (Anastomose). Ein Stoma wird hier nur selten notwendig (Notfalloperation, chirurgische Komplikation). Nach Abschluss der Wundheilung ist die Behandlung in den Stadien UICC I und II

beendet, die Patienten werden im Rahmen der Tumorkonferenz in eine stadiengerechte Nachsorge für 5 Jahre übergeführt. Im Stadium UICC III wird mit den Betroffenen die Möglichkeit einer adjuvanten Chemotherapie diskutiert, um das Rezidivrisiko durch möglicherweise verbliebene einzelne Tumorzellen zu reduzieren.

Beim Rektumkarzinom stellt sich die Situation folgendermaßen dar: PatientInnen im UICC-Stadium 1 (T1, T2, T3 bis 1 mm ohne Lymphknoten- und Fernmetastasen) werden primär der Operation zugeführt. Die Standardoperation besteht in einer Rektumresektion unter Mitnahme des mesorektalen Fettgewebes, in dem Blutgefäße, Lymphbahnen und Lymphknoten des betroffenen Darmabschnittes liegen. Die äußere Hüllschicht dieser Region (mesorektale Faszie) sollte möglichst nicht eröffnet werden, um eine Tumorzellverschleppung zu vermeiden. Die Operationsqualität wird hier wieder vom Pathologen kontrolliert, der den Zustand der mesorektalen Faszie in der sogenannten MERCURY-Einteilung angibt (von 1 = unbeschädigt bis 3 = komplett eröffnet). Für ein zertifiziertes Zentrum ist ein hoher Prozentsatz von MERCURY-1-Resektionen verpflichtend. Einen Sonderfall stellen PatientInnen mit sehr frühen Stadien (Tis=Carzinoma in situ oder T1) in den beiden unteren Rektumdritteln dar. Hier kann der Tumor auch durch eine transanale Vollwandre-

sektion entfernt werden. Dadurch bleibt das Rektum als Funktionsorgan erhalten. Die dann bessere Lebensqualität wird durch ein geringes (ca. 5%-iges) Risiko für das Auftreten von Metastasen in den nun nicht entfernten lokalen Lymphknoten erkaufte. Die Entscheidung für dieses Vorgehen kann nur nach ausführlicher Beratung gemeinsam mit den Betroffenen gefällt werden.

PatientInnen mit den Tumorgößen T3 oder T4 oder mit beliebiger Tumorgöße, aber lokalem Lymphknotenbefall wird im Grundsatz zu einer neoadjuvanten Behandlung geraten, bei der auf eine sechswöchige Strahlentherapie mit begleitender Chemotherapie eine 6-8-wöchige Pause mit anschließender Operation folgt. Nach allen Rektumresektionen in den beiden unteren Dritteln (bis 12 cm ab ano) wird in unserem Zentrum ein protektives Stoma angelegt (doppelläufige Ileostomie).

Das Vorliegen eines UICC-IV-Stadiums (Vorliegen von Fernmetastasen) erzwingt eine individuelle Therapieentscheidung. Hierbei muss vor allem berücksichtigt werden, ob Metastasen oder Primärtumor den Patienten mehr gefährden. Die operative Entfernung des Primärtumors rückt hier oft zugunsten einer medikamentösen Metastasenbehandlung in den Hintergrund und erfolgt bei günstigem Verlauf später. Im Ileus bei fortgeschrittener Erkrankung

sollte das operative Risiko klein gehalten werden. Von einer Stomaanlage mit rasch danach einsetzender Chemotherapie profitiert mancher Patient mehr als von einer erzwungenen Tumorsektion.

Prinzipiell können alle Darmabschnitte offen, aber auch laparoskopisch reseziert werden, solange alle Grundsätze der onkologischen Resektion eingehalten werden. In unserem Zentrum führen wir die Hemikolektomie rechts, die Sigmaresektion, die anteriore Rektumresektion und die Rektumexstirpation regelmäßig laparoskopisch durch. Die onkologische Gleichwertigkeit für das Verfahren ist bewiesen und die Technik in den letzten 25 Jahren perfektioniert worden. Eine weitere Verbesserung lässt sich (vielleicht) durch den flächendeckenden Einsatz eines OP-Roboters erreichen.

Bei allen Darmresektionen ist die für den Patienten schwerwiegendste Komplikation die Anastomoseninsuffizienz, die mit einer langen Krankheitsdauer, einer erhöhten Mortalität und einer höheren Tumorrezidivrate einhergeht. Ursache ist häufig eine Durchblutungsstörung der Darmwand im Nahtbereich, die während der Operation mit bloßem Auge nicht erkannt werden kann. Hier bietet die intraoperative Immunfluoreszenzdarstellung der Durchblutung der beiden Darmenden aktuell eine neue Chance, die Insuffizienzrate weiter zu senken. Wird eine Durchblutungsstörung nachgewiesen, muss eine Nachresektion mit Neuanlage der Darmnaht erfolgen.



Immunfluoreszenzdarstellung Kolonanastomose laparoskopisch:  
Links oben: Anastomose in Normalfarben, aufgenommen mit dem Laparoskop  
Hauptbild: Immunfluoreszenzdarstellung des anastomosierten Darmes (grünlich), sichtbar gemacht mit einer speziellen Kamera. Das Fettgewebe im linken Bildvordergrund erscheint aufgrund seiner natürlichen Minderdurchblutung immer noch gelb

## Stoma



Stomatherapeutin Sandra Hunker

Die Zahl der Patienten, die dauerhaft mit einem Stoma leben müssen, ist über die Jahre durch verbesserte Therapie-

strategien (z. B. neoadjuvante Therapie des Rektumkarzinoms) und neue Operationstechniken (Laparoskopie, TME, TaTME) deutlich gesunken. Die Anlage eines Stomas bleibt aber für die Betroffenen ein einschneidendes Ereignis, das Lebensqualität und Lebensführung entscheidend verändern kann. Den Betroffenen muss daher besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden.

Es werden verschiedene Stomaarten unterschieden. Das protektive Stoma (Deviationsstoma) dient der Ableitung des Stuhlganges vor einer Gefahrenstelle und kommt in der kolorektalen Krebschirurgie meist nach Rektumresektionen zum Schutz tiefliegender Rektumanastomosen zum Einsatz. Ein protektives Stoma wird meist doppel-läufig angelegt (Ausnahme: Hartmann-Situation nach Notfalleingriffen oder Komplikationen) und soll später wieder rückverlagert werden. Allerdings gelingt dies in bis zu 20% der Fälle nicht.

Das endständige Stoma dagegen stellt die definitive Situation nach einer Rektumexstirpation oder bei Inkontinenz nach Darmkrebsresektionen dar. Hierbei handelt es sich in der Regel um ein Kolostoma. Ein Sonderfall ist das endständige Ileostoma nach vollständiger Entfernung von Kolon und Rektum (z. B. bei Colitis ulcerosa, FAP), wenn die Anlage eines ileoanalen Pouches nicht möglich oder erfolgreich war.

Um ein optimales Ergebnis zu erreichen, sollte die Notwendigkeit einer Stomaanlage frühzeitig mit den Betroffenen und ggf. deren Familie besprochen werden. Neben einer ausführlichen Aufklärung gehört heute auch das präoperative Anzeichnen der geplanten Stomastelle durch einen Stomatherapeuten und/oder Arzt zur Standardvorbereitung, um eine ideale Positionierung des künstlichen Darmausganges bei der Operation zu gewährleisten.

Intraoperativ muss auf eine spannungsfreie Stomaanlage und eine gute Darmdurchblutung geachtet werden, um Frühkomplikationen zu vermeiden. Eine kleine Durchtrittsöffnung durch die Bauchwand, die Verwendung von Stomanetzen und das streckenweise extraperitoneale Führen der auszuleitenden Darmschlinge können zur Reduktion von Stomaspätkomplika-

tionen führen. Neben diesen Maßnahmen erleichtern eine prominente Anlage eines Ileostomas (Darmöffnung ca. 2 cm über Hautniveau) und eine leicht erhabene Anlage eines Kolostomas (Darmöffnung ca. 0,5 cm über Hautniveau) die postoperative Versorgung erheblich.

Die Stomafrühkomplikationen (Hautirritationen, Ulzera, Pilzinfektionen) lassen sich meist konservativ beherrschen. Stomanekrose und Stomaretraktion gehen auf technischen Anlageprobleme zurück und sollten chirurgisch beseitigt werden.

Auch die meisten Stomaspätkomplikationen (>30 Tage nach der Anlage) wie Prolaps (bis zu 75%), parastomale Hernie (50%) und Stomastenose müssen in Abhängigkeit von Alter, Prognose und Beeinträchtigung der Lebensqualität nach dem Versagen konservativer Maßnahmen operativ behandelt werden.

Betroffene und deren Angehörige werden nach der Operation von unserer Stomatherapeutin mit dem Stoma vertraut gemacht. Sie werden so gut es geht auf Ihre neue Situation vorbereitet. Das Ziel ist, dass der Betroffene beim Verlassen der Klinik seine Stomaversorgung selbständig entleeren und wechseln kann. Auch nach der Entlassung steht die Stomatherapie weiterhin für Probleme und Fragen jederzeit zur Verfügung.

Eine große Hilfe für Betroffene stellen Stomaselbsthilfegruppen dar (z. B. ILCO, Stomawelt). Sie dienen dem Informations- und Erfahrungsaustausch für Betroffene und deren Angehörige und zeigen vielen in gemeinsamen Veranstaltungen und Unternehmungen, dass auch ein Leben mit Stoma lebenswert sein kann.



Monika Hage, Mario Stadtmüller  
Gründer der Selbsthilfegruppe „Stoma-Treff Zollernalb“



Dr. Uwe Markert  
Chefarzt der Klinik für Allgemein-,  
Viszeral- und endokrine Chirurgie  
Leiter des Darmkrebszentrums und  
Mitglied des Kontinenz- und Becken-  
boden-zentrums Zollernalb-Klinikum

# Altersmedizin:

## Aktualisierte Leitlinie zu Harninkontinenz veröffentlicht



Inkontinenz ist immer noch ein Tabuthema. Doch vor allem ältere Menschen verlieren ungewollt Urin – etwa beim Husten – oder schaffen es nicht mehr rechtzeitig auf die Toilette. Schätzungen zufolge sind circa 40 Prozent der über 70-Jährigen in Deutschland inkontinent. Entsprechend viele ältere Patienten werden wegen ihrer Inkontinenz behandelt. Daher brauchen die betreuenden Ärzte Behandlungsleitfäden und Studien, um bestmöglich behandeln zu können. Die Arbeitsgruppe Inkontinenz der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) hat dieser Notwendigkeit nun Rechnung getragen. Die AG hat in akkurater Detailarbeit rund 500 Studien zusammengetragen, gesichtet und mit Blick auf die Anwendung auf ältere Patienten bewertet. Die Ergebnisse wurden jetzt in einer aktualisierten Leitlinie zu Harninkontinenz veröffentlicht.

„Wir haben in der interdisziplinär besetzten Arbeitsgruppe nach monatelanger Arbeit jetzt eine Leitlinie erarbeitet, die den behandelnden Ärzten ganz klare Handlungsempfehlungen mit auf den Weg gibt“, sagt Professor Andreas Wiedemann, Leiter der DGG-Arbeitsgruppe und Chefarzt der Urologischen Klinik am Evangelischen Krankenhaus Witten. Als Beispiel nennt er die Harnblasen-Langzeitdrainage: „Es ist erstmals fest definiert, dass ein Blasenkatheter zur Inkontinenzbehandlung erst dann erlaubt ist, wenn alle anderen Therapien nicht anwendbar oder gewünscht sind. Bislang wurden Katheter vorschnell gelegt“, sagt Wiedemann. Die Leitlinie hat den S2e-Status

der zertifizierenden Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) erhalten. Damit ist offiziell bestätigt, dass eine systematische Evidenz-Recherche stattgefunden hat.

### Empfehlungen gezielt für geriatrische Patienten erarbeitet

Es ist die bislang einzige deutschsprachige Leitlinie zu diesem Themenkomplex. Diese schlägt eine Bresche durch den Studiendschungel. „Viele Studien-Autoren definieren ältere Patienten allein durch das Alter 65+. Das greift aber zu kurz“, erklärt Wiedemann. „Ein geriatrischer Patient ist gekennzeichnet durch Vulnerabilität, Multi-Morbidität –

er hat also mehrere Krankheiten – und er ist deutlich älter, nämlich über 75 Jahre. Zudem gibt es deutliche Unterschiede zwischen Mann und Frau. Wir haben daher alle Studien-Ergebnisse genau geprüft, ob sie für geriatrische Patienten überhaupt relevant sind.“ So sind beispielsweise operative High-End-Methoden wie die sakrale Neuromodulation, sogenannte „Blasen-Schrittmacher“, für geriatrische Patienten nicht geeignet.

Besonders wichtig ist dagegen das Toilettentraining. Unter diesen Sammelbegriff fallen verschiedene Methoden. Dies kann der Gang zur Toilette zu festen Zeitpunkten sein. Aber auch die regelmäßige Frage, ob der Betroffene



Harndrang verspürt, ist eine wichtige Interventionsmaßnahme. So wird die Aufmerksamkeit des Patienten auf die Blase gelenkt. Selbst gebrechliche ältere Menschen mit kognitiven oder körperlichen Einschränkungen sprechen auf diese Form des Verhaltenstrainings gut an – und die Methoden sind naturgemäß frei von Nebenwirkungen. Allerdings ist hier die kontinuierliche Unterstützung der Pflegenden gefragt, zum Beispiel durch Angehörige, Partner oder Pflegepersonal.

#### Fokus auf Nebenwirkungen von Medikamenten

Ein weiterer Schwerpunkt der Leitlinie ist die Untersuchung von Nebenwirkungen breit eingesetzter Medikamente aus dem internistischen oder hausärztlichen Bereich. So können beispielsweise bestimmte Antidepressiva die Blase blockieren und sollten entsprechend nur nach sorgfältiger Abwägung angewendet werden. Aber auch klassische Medikamente gegen Inkontinenz dürfen bei geriatrischen Patienten nur

mit Bedacht eingesetzt werden. So verändern manche dieser sogenannten Anticholinergika die Kognition und können zu einem erhöhten Sturzrisiko führen – ein fatales Risiko für hochbetagte Patienten.

#### Kosten werden transparent gemacht

Eine Besonderheit der Leitlinie ist, dass sie die Kosten der unterschiedlichen Behandlungsmaßnahmen klar benennt. In einem zunehmend teurer werdenden Gesundheitssystem ist dies ein wichtiger Wegweiser für die Klinik oder den niedergelassenen Hausarzt beziehungsweise den Urologen. Dabei ist wichtig zu wissen: Die Kosten für die Erstellung der Leitlinie wurde von den Mitgliedern der Arbeitsgruppe komplett selbst getragen – ein Sponsoring durch Medizin- oder Pharmaindustrie fand nicht statt.

#### Interdisziplinäre Arbeitsgruppe aus Geriatern und Urologen

An der Erarbeitung der Leitlinie waren sowohl Geriater als auch Urologen be-

teilt – einige davon sind klinisch tätig, andere sind niedergelassen. „Durch die interdisziplinäre Arbeit wurde wirklich jeder Aspekt von unterschiedlichen Blickwinkeln aus beleuchtet“, betont Wiedemann. „Allen Arbeitsgruppen-Mitgliedern gemeinsam war: Wir sind praktisch tätig und haben täglich mit inkontinenten Patienten zu tun. Ich bin daher sicher, dass die Leitlinie eine wertvolle Arbeitshilfe für alle Kolleginnen und Kollegen sein wird, die geriatrische Patienten behandeln.“

Weitere Informationen zur Leitlinie Harninkontinenz bei geriatrischen Patienten, Diagnostik und Therapie: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/084-001.html>

#### Pressekontakt der DGG

Torben Brinkema  
medXmedia Consulting KG  
Nymphenburger Str. 19  
80335 München  
Tel: +49 (0)89 / 230 69 60 21  
Fax: +49 (0)89 / 230 69 60 41  
E-Mail: [presse@dggeriatrie.de](mailto:presse@dggeriatrie.de)

# Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten im O-Ton Interview

Auch in dieser Ausgabe der MagSi möchten wir unsere neue Artikelserie ‚Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten im O-Ton Interview‘ fortsetzen. Zusammen mit Herrn Florian Spahn aus München drehen wir das Artikel-Roulette weiter.

Und mitmachen kann dabei jeder!

Sollte jemand weitere Vorschläge für unsere Artikelserie haben – sehr gerne!

Wir freuen uns sehr auf eure Emails!

## Zur Person



Florian Spahn

Der 44-jährige Münchner absolvierte von 2016–2018 seine Fachweiterbildung zum Pflegeexperten SKW in Dornstadt. Seit 1996 ist er – samt Unterbrechung – mit dem Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) München verbunden und ab September 2017 Vollzeit in der Stomatherapie tätig.

**FgSKW:** Guten Tag Herr Florian Spahn. Ich freue mich Sie bei der FgSKW begrüßen zu dürfen.

Sie sind seit 2017 Pflegeexperte Stoma Kontinenz Wunde am Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) München. Stellen Sie sich doch bitte unseren Lesern kurz vor:

PSKW: Gerne, zuerst einmal ein großes Dankeschön für die Gelegenheit, mich und meinen Arbeitsplatz in der MagSi® vorstellen zu dürfen. Ich bin 44 Jahre alt und wohne in München. Zur Krankenpflege kam ich nach einer bewegten Jugend ab dem Jahr 1994 über ein freiwilliges soziales Jahr, der einjährigen Ausbildung zum Krankenpflegehelfer und schließlich der Ausbildung zum Krankenpfleger an der Berufsfachschule der LMU München am Klinikum Großhadern von 1996–1999. Nach der Ausbildung und

4 Arbeitsjahren als Krankenpfleger auf einer Intensivstation in Großhadern habe ich einen beruflichen Neuanfang als selbstständiger Vermögensberater gestartet und dort auch einige Jahre gearbeitet. Im Jahr 2009 zog es mich aber doch wieder in den Pflegeberuf zurück. Bevor ich eine Stelle in der Chirurgischen Poliklinik A im Klinikum Großhadern angetreten habe, war ich bis Oktober 2012 freiberuflich als Krankenpfleger tätig. Der Hauptgrund für ein erneutes Angestelltenverhältnis in der Chirurgischen Poliklinik A war, das dort folgende Arbeitsbereiche abgedeckt werden sollten: die allgemeine chirurgische Ambulanz, das Wundversorgungszentrum des Klinikums, die chirurgische Endoskopie, Eingriffsräume für kleine sowie ambulante Operationen und last but not least, die Stomatherapie.

**FgSKW:** Seit wann sind Sie in der Stomatherapie tätig?

PSKW: Als im Jahr 2015 klar war, dass eine Kollegin – die viele Jahre in der Stomatherapie tätig war – Ende 2017 in den Ruhestand geht, wurde ein passender Nachfolger gesucht. Da ich sehr viel in der Wundversorgung und Endoskopie eingesetzt war, bekam ich eine Anfrage, ob ich mir eine Tätigkeit im Bereich der Stomatherapie vorstellen könnte. Nach kurzem Überlegen stimmte ich zu und besuchte von Mai 2016 bis März 2018 die Fachweiterbildung zum Pflegeexperten SKW in Dornstadt. Seit September 2017 arbeite ich Vollzeit in der Stomatherapie.

**FgSKW:** In welchem Bereich arbeiten Sie und wo liegen Ihre fachlichen Schwerpunkte?

PSKW: Meine Kollegen und ich sind als Team der Stomatherapie in der

Bilder: Florian Spahn

Chirurgischen Poliklinik A beheimatet. In Puncto Organisation führen wir unseren Teilbereich der Stomatherapie aber eigenständig.

Wir sind für den Bereich der Stoma- und Kontinenzversorgung an allen Standorten und Kliniken des Klinikums der LMU München zuständig. Dabei sind die Anleitung der Betroffenen, Angehörigen und der beteiligten Berufsgruppen, das Entlassungsmanagement für den Stoma- und Kontinenzbereich als auch die Kooperation mit dem Krebszentrum – CCC MünchenLMU – Comprehensive Cancer Center ein wesentlicher Kern unserer Arbeit. Wir sind tatsächlich zu gut 90% unserer Arbeitszeit in dem Bereich Stomaversorgung beschäftigt, davon sind ca. 50% der Chirurgie sowie ca. 25% der Urologie zuzuordnen. Der Rest verteilt sich über die anderen Fachabteilungen des Klinikums. Mit zwei Neonatologischen Intensivstationen und dem Haunerischen Kinderspital der LMU München decken wir auch den Bereich der Stomaversorgung bei Säuglingen und Kindern ab.

**FgSKW: Was gefällt Ihnen besonders an Ihrer Arbeit?**

PSKW: Ich habe in meiner Berufslaufbahn schon in sehr vielen verschiedenen Bereichen der Pflege gearbeitet, dabei war mir immer wichtig möglichst eigenständig meinen Aufgabenbereich gestalten zu können.

**FgSKW: Welche Aufgaben sehen Sie speziell in der Stomaversorgung von Säuglingen und Kindern?**

PSKW: Meiner Meinung nach ist es eine äußerst anspruchsvolle Aufgabe, in dem doch sehr überschaubaren Angebot an Versorgungsmaterial für diese Patientengruppe, eine passende Stomaversorgung zu finden. Dies liegt besonders an den anatomischen Besonderheiten der Neugeborenen. Oftmals ist hier eine sehr hohe Kreativität gefragt, um das Versorgungsziel zu erreichen. Mit unseren regelmäßigen Visiten bei den Kindern und ihren Eltern können wir dazu beitragen, die häufig emotional sehr angespannte Bereuungssituation, bei oft wochenlangen Krankenhausaufenthalten der Familien, etwas zu entspannen. Der Vorteil unserer Visiten ist, dass wir als Pflegeexperten fokussiert und (fast) ohne Zeitdruck den Bereich

der Stomaversorgung behandeln können.

**FgSKW: Was begeistert Sie besonders an der Arbeit mit dem Nachwuchs?**

PSKW: Bei unseren ganz kleinen Patienten ist es immer wieder faszinierend zu sehen, mit welcher Entschlossenheit und Kraft sie ins Leben drängen und sich Ihren Diagnosen entgegenstellen. Unsere jugendlichen Patienten beeindruckten am Meisten, mit welcher Selbstverständlichkeit sie sich nach der Anlage eines Stomas der Herausforderung der Selbstversorgung stellen- obwohl sie die Diagnose doch in der entscheidenden Phase ihres Erwachsenwerdens trifft.



**FgSKW: Der klassischer Arbeitsalltag – wie sieht dieser bei Ihnen aus?**

PSKW: Wir beginnen um 7:30 Uhr unseren Tag in unserem Büro. Morgens erledigen wir anstehende administrative Aufgaben, besprechen besondere Fälle und teilen uns, je nach Besetzung, die anstehenden Aufgaben auf. Da wir am Standort Großhadern angesiedelt sind, aber wie schon erwähnt auch die Kliniken des Standortes Innenstadt mitbetreuen, ist einer von uns jeden Montag, Mittwoch und Freitag für die Betreuung dieser Standorte zuständig. Am Vormittag sind wir mit der Versorgung und Anleitung von Betroffenen beschäftigt und treffen uns mittags wieder zu einer gemeinsamen Mittagspause. Nach dieser besprechen wir nochmal kurz den weiteren Tagesverlauf wie auch eventuelle Besonderhei-

ten. Stehen Termine wie Besprechungen, Schulungen oder Besuche von Außendienstmitarbeitern und Nachsorgeunternehmen an, werden diese in den Tagesablauf integriert.

Für uns als Team der PSKW steht die Versorgung von Betroffenen im Vordergrund. Wir finden es sehr wichtig auch nach der akuten Phase als Ansprechpartner und Pflegeexperte für Fragen zur Verfügung zu stehen. Dadurch haben wir ca. 6.000 Patientenbesuche im Jahr und begleiten diese kontinuierlich durch Ihren Behandlungspfad, der oft über verschiedene Abteilungen des Klinikums verläuft.

**FgSKW: Was gefällt Ihnen besonders an Ihrer Arbeit als Pflegeexperte SKW?**

PSKW: Ich hatte das Glück, dass der Bereich der „Stomatherapie“ im Klinikum schon seit den achtziger Jahren besteht und als fester Bestandteil der Patientenversorgung integriert ist. Seitens der behandelnden Ärzte haben wir als PSKW die volle Akzeptanz, unsere Expertise wird bei allen therapeutischen Fragen rund um den Stomabereich eingeholt und gehört. Zudem freut es mich sehr meinen Arbeitsbereich selbstverantwortlich gestalten zu können.

**FgSKW: Was bereitet Ihnen bei der Arbeit am meisten Spaß?**

PSKW: Ich habe sehr viel Spaß an der Kommunikation. Aus diesem Grund finde ich es immer wieder spannend auf wie viele verschiedene Arten kommuniziert werden kann und muss. Es freut mich immer wieder, wenn ich „den richtigen Ton“ getroffen habe, die Betroffenen und Kollegen meine Erklärungen verstehen und diese auch umsetzen können.

**FgSKW: Welche war die beste Entscheidung in Ihrer beruflichen Laufbahn?**

PSKW: Rückblickend war es die Entscheidung den Pflegeberuf für ein paar Jahre zu verlassen. Ich hatte somit die Gelegenheit einmal über den Tellerrand zu schauen und Berufserfahrung außerhalb des Gesundheitswesens zu sammeln. Danach habe ich erkannt, dass ich meinen Beruf als Krankenpfleger sehr gerne ausübe und es meiner Meinung nach kaum einen anderen Beruf gibt, der nach der

Ausbildung so vielschichtige Arbeitsmöglichkeiten bietet. Letztendlich war es mir dadurch auch möglich meine jetzige Arbeitsstelle als PSKW zu finden.

**FgSKW: Wenn Sie 10 Jahre in die Zukunft schauen. Was ist Ihre Vision in der Stoma-, Wund- und Kontinenztherapie?**

PSKW: Meiner Meinung nach ist das Konzept der PSKW- wie es bei uns in der LMU München sowie in vielen anderen Kliniken ausgeführt wird- ein Konzept der Zukunft. Ich denke, dass es künftig noch viele weitere Bereiche in der Patientenversorgung geben wird, die sehr eigenständig von Pflegekräften gestaltet werden. Da wir in Zeiten des Mangels an qualifizierten Pflegekräften wahrscheinlich zunehmend mit weniger qualifizierten Mitarbeitern die Betreuungslücken schließen müssen,

wird es unerlässlich, dass qualifizierte Mitarbeiter in spezialisierte Bereiche der Pflege übertragen werden. Vermutlich werden daraufhin die pflegerischen Bereiche stationsübergreifend organisiert und mittels Schulung, Anleitung und Pflegevisiten der Mitarbeiter eine qualifizierte Patientenversorgung sicherstellen.

**FgSKW: Was möchten Sie unseren Lesern über den Privatmann Florian Spahn erzählen?**

PSKW: Ich bin seit vielen Jahren mit meiner Frau Suzana glücklich verheiratet und genieße (meistens) das Familienleben mit unseren zwei Töchtern. Diese sind gerade mit 17 und 19 Jahren in der Phase des Erwachsenwerdens, so dass es Zuhause immer spannend ist. Als Ausgleich kümmere ich mich um meine drei Vespas, die auch immer wieder etwas Optimierungsbedarf haben.

**FgSKW: Last but not least: Ihr Job in drei Worten**

PSKW: Drei reichen nicht. In einem Satz: Ich nehme Angst und Schrecken, den ganzen Tag.

**FgSKW: Ich danke Ihnen für das freundliche Gespräch Herr Spahn!**



*Interview: Margarete Wiczorek  
margarete.wiczorek@web.de*

# 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](http://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.

# Mystische Misteln: Wirkung gegen Krebs nicht belegt



Bild: © pixabay- mistletoe-3891236\_1920-Peggyhoucair

Um die immergrüne Pflanze ohne irdische Wurzeln ranken sich seit jeher Legenden und Mythen. Dem Bösen, als Symbol für Fruchtbarkeit oder die ewige Liebe – gerade zur Weihnachtszeit haben Zweige mit den weißen Früchten Hochsaison. Auch eine heilende Wirkung wird der Mistel nachgesagt werden, gegen Krebs sollen Arzneien aus der Mistel helfen. Laut Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums lässt die aktuelle Studienlage aber keine eindeutige Aussage zur Wirksamkeit von Mistelpräparaten zu.

**N**eu ist der Ansatz nicht: Schon seit hundert Jahren wird der Mistel Wirksamkeit gegen Krebs zugeschrieben. Gegen den Tumor sollen vor allem komplexe Eiweißstoffe, die Lektine, aktiv sein. Fachleute sehen die Anwendung von Mistelpräparaten in der Krebsbehandlung eher kritisch. Ihre Argumente: Bis heute gibt es keinen zweifelsfreien Beweis für die Wirksamkeit gegen Tumorerkrankungen. Außerdem weist die Durchführung der vorliegenden klinischen Studien qualitative Mängel auf –es lässt sich nicht immer nachvollziehen, wie die Ergebnisse im Einzelnen zustande gekommen sind. Zur Bewerbung der Misteltherapie werden manchmal auch Forschungsergebnisse herangezogen, die nicht, wie üblich, in Fachzeitschriften nach einer Überprüfung durch Experten veröffentlicht wurden. Auch zur vermeintlich verbesserten Lebensqualität unter Misteltherapie sind wissenschaftlich fundierte Belege noch Mangelware. Aufgrund der schlechten Datenlage spielt die Mistelbehandlung in den derzeit gültigen Leitlinien zur Krebstherapie keine Rolle. Diese geben Empfehlungen für die jeweils bestmögliche Therapie – auf Basis von wissenschaftlichen Erkenntnissen.

#### Nur ergänzend, nicht alternativ

Dr. Susanne Weg-Remers, Leiterin des Krebsinformationsdienstes am Deutschen Krebsforschungszentrum, stellt klar: „Alle, auch anthroposophische Ärzte und die Hersteller von Mistelpräparaten in Deutschland, sind sich einig – die Misteltherapie stellt keine Alternative zu geprüften Standardverfahren, wie zum Beispiel einer Chemotherapie dar. Sie kann allenfalls als eine begleitende und unterstützende Behandlung eingesetzt werden. Wir empfehlen Ratsuchenden, die Misteltherapie nicht ohne Rücksprache mit dem behandelnden Arzt einzusetzen.“ Der Krebsinformationsdienst ist der Ansprechpartner zu allen Fragen zum Thema Krebs. Jeder kann sich täglich von 8 bis 20 Uhr telefonisch unter 0800-420 30 40 an die Ärztinnen und Ärzte wenden oder eine E-Mail an [krebsinformationsdienst@dkfz.de](mailto:krebsinformationsdienst@dkfz.de) schreiben.

#### Bei einigen Krebsarten sogar riskant

Mistelpräparate werden gespritzt – in der Regel in oder unter die Haut. Die meisten Menschen vertragen die Behandlung gut. Die wahrscheinlichsten

Nebenwirkungen sind Schmerzen und Entzündungen an der Injektionsstelle, Kopfschmerzen und grippeähnliche Beschwerden. Ein Problem stellen Wechselwirkungen mit Krebsmedikamenten und allergische Reaktionen dar. Bei einigen Krebserkrankungen scheint besondere Vorsicht geboten zu sein. Zum Beispiel raten Experten Patienten mit Leukämien, Lymphomen, einem Nierenzellkarzinom oder schwarzem Hautkrebs (malignes Melanom) explizit von der Misteltherapie ab. Es gibt Hinweise aus klinischen Studien, dass sich diese Krebserkrankungen unter einer Misteltherapie verschlechtern könnten. Auch für Patienten mit Hirntumoren und –metastasen ist die Misteltherapie keine Option. Denn es kann dabei zu Flüssigkeitseinlagerung rund um das Tumorgewebe kommen, wodurch bei diesen Patienten das Risiko für ein Hirnödem steigt.

#### Deutsches Krebsforschungszentrum

Im Neuenheimer Feld 280

69120 Heidelberg

Telefon: +49 (0)6221 420

Telefax: +49 (0)6221 422995

Internet: [www.dkfz.de](http://www.dkfz.de)

E-Mail: [kontakt@dkfz.de](mailto:kontakt@dkfz.de)

Bild: bilderhexchen – Adobe Stock



# Die GHD GesundHeits GmbH Deutschland

## Ihr Partner für Dienstleistungen im Gesundheitswesen

Die GHD GesundHeits GmbH Deutschland ist das größte ambulante Gesundheits-, Therapie- und Dienstleistungsunternehmen Deutschlands mit über 3.400 Mitarbeitern.

### Unsere Therapiebereiche auf einen Blick



#### Stoma

- ◆ Einführung von Versorgungsstandards
- ◆ Stomamarkierung und präoperatives Patientengespräch
- ◆ Ganzheitliche Beratung und Anleitung



#### Inkontinenz

- ◆ Materialmanagement
- ◆ Anleitung aller an der Versorgung Beteiligten in die Handhabung der benötigten Produkte
- ◆ Einführung von Versorgungsstandards
- ◆ Beratung, Anleitung, Training und Begleitung beim intermittierenden Einmalkatheterismus von Anfang an



#### Wunde

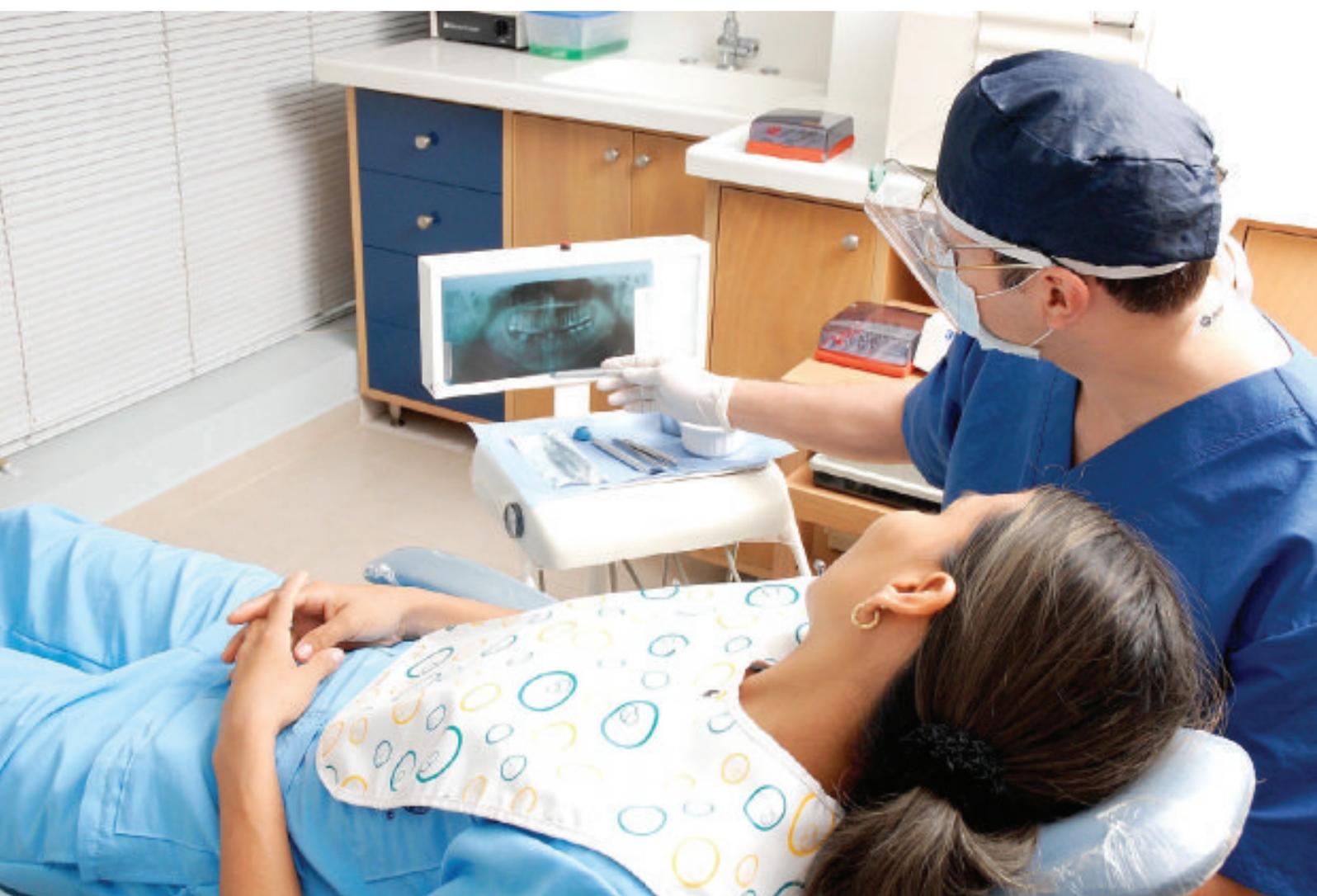
- ◆ Regelmäßige Wundvisiten
- ◆ Therapieempfehlung einschließlich begleitender Therapien
- ◆ Therapiekklärung mit dem Verordner inklusive Rezept- und Materialmanagement
- ◆ Schulung von Patienten, Angehörigen und Pflegekräften
- ◆ Unterstützung in der Umsetzung des Expertenstandards „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“
- ◆ EDV-gestützte Verlaufsdokumentation

GHD GesundHeits GmbH Deutschland · Hotline: **0800 - 51 67 110** (gebührenfrei)  
kundenservice@gesundheitsgmbh.de

 [www.gesundheitsgmbh.de](http://www.gesundheitsgmbh.de)  
 [facebook.com/GHDGesundHeitsGmbH](https://facebook.com/GHDGesundHeitsGmbH)  
 [twitter.com/GesundHeitsGmbH](https://twitter.com/GesundHeitsGmbH)  
 [youtube.com/GHDGesundHeitsGmbH](https://youtube.com/GHDGesundHeitsGmbH)  
 [instagram.com/ghd\\_gesundheits\\_gmbh](https://instagram.com/ghd_gesundheits_gmbh)

**GHD** | **GesundHeits**  
GmbH Deutschland

# Krebspatienten: Wer zahlt für Zahnersatz?



Strahlen- und Chemotherapie können sich negativ auf Mund und Zähne auswirken: Karies und Zahnfleischerkrankungen bis hin zu Kiefernekrosen können die Folge sein. Doch was viele Krebspatienten überrascht: Auch dann, wenn es sich bei den Schäden um direkte Folgen der Therapie handelt – die daraus resultierenden Kosten für Zahnersatz werden von den Krankenkassen meist nicht vollständig übernommen. Je nach zahnmedizinischer Diagnose wird nur ein Zuschuss in festgelegter Höhe gezahlt. Den Rest muss der Patient als Eigenanteil selber tragen. Der Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums klärt auf: Wie ist die Rechtslage und welche Möglichkeiten gibt es, den Eigenanteil möglichst gering zu halten?

Bild: © Pixabay, oswaldoruz

**F**akt ist: Beim Zahnersatz gelten für Krebsbetroffene dieselben Regeln wie für alle anderen Versicherten.

Auch dann, wenn Zähne durch die Krebsbehandlung geschädigt wurden oder sogar vor Beginn der Therapie gezogen werden mussten. Warum ist das so? Der Zahnersatz – anders als zum Beispiel ein Arztbesuch – ist keine Sachleistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Carmen Flecks, Juristin beim Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums: „Es reicht also nicht, beim Zahnarzt einfach das Versichertenkärtchen zu zücken. Das Procedere ist aufwändiger und für alle Patienten identisch, völlig unabhängig davon, ob eine Krebserkrankung vorliegt oder nicht.“ So erhält der Patient vor Beginn der zahnmedizinischen Behandlung von seinem Zahnarzt einen Heil- und Kostenplan, in dem die Kosten für den Zahnersatz gelistet sind. Dieser „Kostenvoranschlag“ ist bei der Krankenkasse einzureichen und stellt die Basis für die Berechnung des Zuschusses für die Behandlung dar. Grundsätzlich beträgt der Zuschuss der Krankenkasse 50 Prozent der Kosten für die sogenannte Regelversorgung. Sie ist definiert als die gesetzlich festgelegte zahnmedizinisch notwendige Versorgung. Die anderen 50 Prozent der Kosten müssen die Versicherten selbst tragen. Übrigens: Für Implantate, also künstliche Zahnwurzeln, gibt es andere Regelungen. Die Kosten werden von den gesetzlichen Krankenkassen für Krebspatienten nur bei streng geregelten Ausnahmefällen übernommen.

### Bonusheft und Härtefälle

Der Zuschuss der Krankenkasse kann um 20 Prozent steigen, wenn die Versicherten in den letzten fünf Jahren regelmäßig zur Kontrolle beim Zahnarzt waren und dies mit ihrem Bonusheft nachweisen können. Sind zehn Jahre dokumentiert, steigt der Zuschuss sogar um 30 Prozent. Das Bonusheft ist beim Zahnarzt erhältlich. Je nach Höhe der Behandlungskosten kann der zu zahlende Eigenanteil für Patienten eine unzumutbare Belastung darstellen. Menschen mit geringem Einkommen haben dann die Möglichkeit, bei ihren Krankenkassen die Feststellung eines Härtefalls zu beantragen. Dabei müssen neben den Einnahmen auch die Ausgaben des Patienten offengelegt werden. Wird der Härtefall genehmigt, kann sich der Zuschuss der Krankenkassen auf bis zu 100% der Regelversorgung erhöhen. Auch hier gilt: Eine gesonderte Regelung für Krebspatienten gibt es nicht.

### Wer kann unabhängig beraten?

- Kliniksozialdienste und Krebsberatungsstellen informieren und unterstützen beim Ausfüllen der Antragsformulare.  
Eine bundesweite Suche nach Postleitzahl und/oder Wohnort bietet der Krebsinformationsdienst unter dem Link <https://www.krebsinformationsdienst.de/service/adressen/krebsberatungsstellen.php>

- Die Patientenberatungsstellen der (Landes-) Zahnärztekammern und der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen bieten eine kostenlose und fachlich unabhängige Beratung zu allen Fragen der Zahnbehandlung durch zahnmedizinische Experten an. Das Angebot richtet sich an gesetzlich und privat versicherte Patientinnen und Patienten: <https://www.patientenberatung-der-zahnaerzte.de/patienten-im-mittelpunkt/>.

- Alle Zahnärztekammern haben Patientenberatungsstellen ergänzt um Beratungsangebote wie denen der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen oder der Verbraucherzentralen. Die Bundeszahnärztekammer stellt auf ihren Seiten eine Suchfunktion zur Verfügung. Darüber können Interessierte sich eine Auswahl der Beratungsstellen des jeweiligen Landes anzeigen lassen: <https://www.bzaek.de/nc/fuer-patienten/patientenberatungsstellen.html>

- Die Unabhängige Patientenberatung <https://www.patientenberatung.de> prüft Heil- und Kostenpläne und berät zur Möglichkeit von Krankenkassenzuschüssen.

**Deutsches Krebsforschungszentrum**  
Im Neuenheimer Feld 280  
69120 Heidelberg  
Telefon: +49 (0)6221 420  
Telefax: +49 (0)6221 422995  
Internet: [www.dkfz.de](http://www.dkfz.de)  
E-Mail: [kontakt@dkfz.de](mailto:kontakt@dkfz.de)

## WissWerk ICW Rezertifizierungsfortbildungen

Diese Tagesveranstaltungen richten sich an Wundexperten, die ihre ICW-Rezertifizierung mit einem Praxis-Update auffrischen wollen.

### Kosten

↘ 150 EURO

### Termine

- ↘ 01.04.2020 Erlangen
- ↘ 24.06.2020 Hannover-Lehrte
- ↘ 05.11.2020 Köln

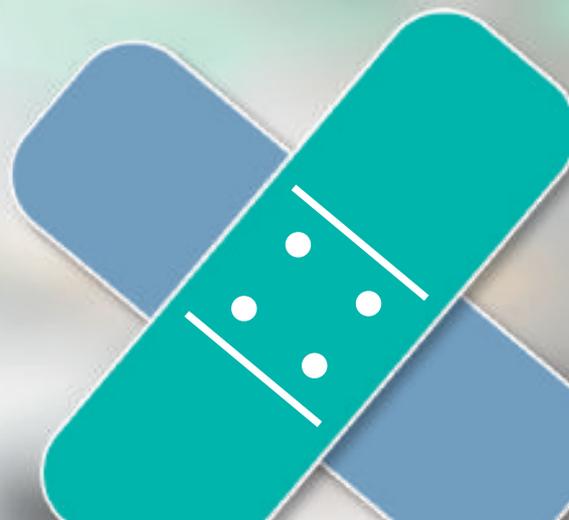
### Information zur Anmeldung

↘ online: [www.wisswerk.de/fortbildung](http://www.wisswerk.de/fortbildung)



[www.wisswerk.de](http://www.wisswerk.de)

WissWerk



---

# Ausgewählte Aspekte in der Beratung von Urostomiepatienten mit dem Schwerpunkt hygiene-spezifischer Fragestellungen

---

Diese Arbeit entstand im Rahmen meiner Weiterbildung zum Pflegeexperten Stoma, Kontinenz und Wunde am Diakonischen Institut in Dornstadt (2015-2017). Bei dem von mir gewählten Thema gibt es meiner Meinung nach in der Ausführung und Umsetzung noch gewisse Lücken und Defizite. Um die Betreuung von Stomapatienten im Sinne des sektorenübergreifenden Pflegeprozesses „Rehabilitation des Stomaträgers“ zu verbessern, kam ich nicht daran vorbei, mich eingehender mit diesem Thema allgemein und mit ausgewählten Aspekten der Beratung von Urostomiepatienten im Speziellen zu beschäftigen. Dabei ging es mir neben der Abhandlung der wichtigsten Punkte des Pflegeprozesses um die Evaluation spezifischer, aber immer wieder auftretender Hygieneaspekte im Alltag des Stomapatienten.

Bei all den folgenden Überlegungen habe ich neben literarisch erarbeiteten und fachwissenschaftlich belegten Erkenntnissen auch immer wieder Beispiele zur konkreten Umsetzung der beschriebenen Inhalte in der eigenen Einrichtung mit einfließen lassen.

Ich möchte gleich zu Beginn darauf hinweisen, dass diese Arbeit der Übersichtlichkeit und Lesbarkeit halber im generischen Maskulinum verfasst worden ist. Es sind aber, wenn nicht gesondert erwähnt, immer und explizit alle Geschlechter angesprochen!

**E**in Schwerpunkt dieser Arbeit besteht in der Auseinandersetzung mit einigen sehr spezifischen Hygieneaspekten, die vor allem das Handling durch den Patienten in der häuslichen Versorgung betreffen.

Die genauen Frage- und Problemstellungen lauten wie folgt:

Der Patient mit Urostoma (Ileumconduitanlage, Ureterocutaneostomie) verwendet in seiner häuslichen Versorgung zwei Beutelsysteme. Tagsüber einen Bein- und in der Nacht einen Bett-/Nachtbeutel. In der Versorgungs-

pauschale vieler Krankenkassen sind aber nicht ausreichend Bett- und Beinbeutel inbegriffen um jeden Tag jeweils ein frisches Produkt aus der jeweiligen Produktgruppe (Beinbeutel 15.25.06 und Bettbeutel, Hilfsmittelverzeichnis GKV-Spitzenverband) verwenden zu können, so dass er zwangsweise zwischen den einzelnen Systemen wechseln muss.

Wenn er nun am Morgen, beziehungsweise am Abend auf das jeweils andere System umsteckt, was kann er tun um den Auslass der Urostomieversorgung, den eventuell benötigten Adapter und

den Konnektor des jeweiligen Beutels zu desinfizieren, um das Eindringen von Keimen in das Ableitungssystem und damit eventuelle ascendierende Harnwegsinfekte zu vermeiden? Selbst wenn der Patient den Beinbeutel in der Nacht nicht diskonnektiert und den Bettbeutelkonnektor direkt oder über Adapter an den Beinbeutelanschluss anschließt, stellt sich für diese Konstellation die gleiche Frage.

Wie kann er die mitgelieferten Konnektorschutzhüllen der jeweiligen Beutels säubern und hygienisch einwandfrei aufbewahren, so dass er beim nächsten

Bilder: KWM Klinikum

Wechsel eine zumindest keimarme Schutzkappe auf den Konnektor des nicht gebrauchten Beutels zum Verschließen wieder aufstecken kann?



Abb. 8: Auslass einer zweiteiligen Urostomieversorgung



Abb. 9: Adapter

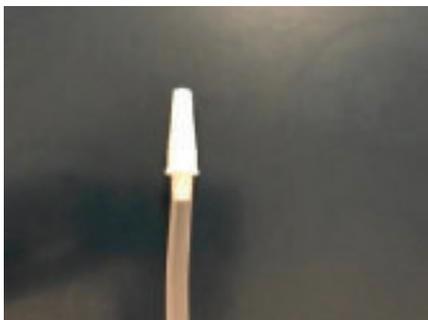


Abb. 10: Konnektor eines Beinbeutels

Darüber hinaus hat sich der Autor mit der Frage beschäftigt, auf welche Art und Weise ein Patient, beziehungsweise auch das Pflegepersonal bei einer Splintversorgung, wie sie postoperativ bei Anlage eines Ileumconduits oder einer Ureterhautfistel für mindestens 10 – 14 Tage üblich ist, gerade beim Versorgungswechsel den sozusagen offenen, frei liegenden Uretersplint handeln kann, ohne ihn zu kontaminieren. In diesem Kontext sei hier ein Artikel erwähnt, der in der Ausgabe (02/2017) der Fachzeitschrift „Der Urologe“ erschienen ist. In einer Versuchsreihe belegen die Autoren, dass bestimmte uropathogene Bakterien, bei einer Kontamination des aufgefangenen Urins aufgrund Ihrer Wanderungsge-

# Wenn nichts mehr hält!

## Eakin® – der Spezialist für Wunde, Fistel und Stoma



### Eakin Cohesive® Wund- und Fistelbeutel

- Bewährter Eakin-Cohesive®-Hautschutz für lange Tragezeiten
- Verlängert Wechselintervalle und reduziert den Pflegeaufwand
- Hochresistent und stark absorptionsfähig
- Modellierbar und individuell ausschneidbar

Online:

Ihr Eakin®-Musterportal

Kostenlos und schnell!

<https://professionals.eakin.de>



Fragen, Bestellungen:

**0800/22 440 22**

(gebührenfrei)

Eakin GmbH · Feringastrasse 6  
85774 Unterföhring

Fax 0800/22 440 220

info@eakin.de · www.eakin.de

schwindigkeit innerhalb weniger Tage entlang der Splinte in die Nieren aufsteigen können. Hierzu wurde in einem praxisnahen in-vitro-Modell ein Testgefäß mit einer Bakteriensuspension der Prüfbakterien Escherichia coli, Proteus mirabilis und Staphylococcus aureus über einen Splinkatheter mit einem zweiten Testgefäß mit künstlichem Harn verbunden. Nach Inkubation von bis zu 72 Stunden bei 36 °C ergaben sich durchschnittliche Wandergeschwindigkeiten von 0,63 cm/h für E. coli, 0,80 cm/h für S. aureus und 0,94 cm/h für P. mirabilis. Schlussfolgernd konnten die Autoren für in-vivo Bedingungen ableiten, dass ein liegender Harnleitersplint bei Urostomien innerhalb der üblichen Liegedauer von 10 – 14 Tagen vollständig besiedelt wird. [14] Hieraus lässt sich erkennen, wie unabdingbar ein hygienisch einwandfreier Umgang mit den Harnleitersplinkathetern während des Versorgungswechsels zur Vermeidung ascendierender Infekte für den Patienten ist.

Im Prozess der Recherche all dieser Fragen hat der Autor zunächst stichprobenartig Herstellerangaben verschiedener Bein- und Bettbeutelssysteme nach Hinweisen auf den Umgang beim Umstecken gesichtet. Hierzu wurden die den Artikeln beiliegenden Gebrauchsanleitungen heran gezogen und via Internetrecherche nach den Herstellerangaben zu betreffenden Produkten gesucht. Diese Methodik gestaltete sich aus mehreren Gründen schwierig: In meiner Klinik hatte ich nur Zugriff auf die Gebrauchsanleitungen der zwei bei uns verwendeten Systeme. Daraufhin tätigte ich Produktmusteranforderungen bei anderen Herstellern. Dies stellte sich allerdings als völlig ineffektiv heraus, da sich die Gebrauchsanweisungen für die Produkte in aller Regel nicht in jeder Einzelpackung, sondern meist als Unikat im Umkarton befinden. Bei den wenigen Gebrauchsanleitungen der recherchierten Produkte waren keinerlei Hinweise zur betreffenden Fragestellung zu finden. Lediglich in der Gebrauchsanweisung der Firma Servona findet sich unter Punkt 3 der Hinweis: „Bei einem Wechsel des Beutelsystems desinfizieren Sie die Verbindungsstellen zwischen Blasenkatheter und Beutelsystem“ (Gebrauchsanweisung s. Anhang). Womit diese Desinfektion stattfinden soll ist indes allerdings nicht erwähnt. Auch die Recherche nach betreffenden

Hinweisen auf den Webseiten der Hersteller im Internet blieb erfolglos, da diese in den meisten Fällen auf das Lesen der den Produkten beiliegenden Gebrauchsanweisungen verwiesen, womit sich die beschriebene Problematik im Kreis zu drehen begann (Gebrauchsanweisung meist in den Umkartons).

Aus diesen Gründen entschied ich mich relativ zügig, mit der Fragestellung direkt an die Hersteller heran zu treten. In dieser Konsequenz wurden Emails mit der relevanten Fragestellung an die Kunden- und Anwendungsserviceteams der folgenden Hersteller mit Bett- bzw. Beinbeutelssystemen im Sortiment versandt: Coloplast, Hollister, ConvaTec bzw. pfm medical, Braun, Manfred Sauer GmbH, Sanbelle Medical, Acid Bonz und Servona (die beiden letzten sind Versorger für Bettbeutel meiner Klinik).

- Die Firma Braun empfiehlt für die Reinigung bzw. Desinfektion der Konnektionsstellen ein hauseigenes Produkt namens Softa-Cloth CHX 2 %. Hierbei handelt es sich um Desinfektionstücher, welche mit 70%igem Isopropylalkohol und 2% Chlorhexidinguconat getränkt und als Medizinprodukt CE-gekennzeichnet sind. Auch bei der Konnektorschutzkappe verweist Braun auf eine Wischdesinfektion von innen und außen vor dem Aufstecken auf den Konnektor mit den hauseigenen Tüchern. Dieses Produkt ist nicht im Pflgehilfsmittelverzeichnis gelistet. Auch die Erstattungsfähigkeit als Medizinprodukt ist mehr als fraglich, so dass dieses Produkt wohl vom Patienten selbst finanziert werden müsste.
- Die Firma Hollister erteilt herstellenseitig keine Empfehlung, verweist mich aber auf einen Link der British Urostomy Association, in dem eine Möglichkeit zur „Reinigung“ von wiederverwendbaren Nachtbeuteln beschrieben ist. Ein solcher Beutel sei der sterile Nachtbeutel von Hollister 9650. In diesem Link findet sich der folgende, meiner Ansicht nach unpraktische und hygienetechnisch sehr fragwürdige Vorschlag: „Wiederverwendbare Nachtbeutel müssen nach jedem Gebrauch gründlich gewaschen und nach einer Höchstdauer von einer Woche gewechselt werden. Essig oder Dettol® kann mit einer Spritze, einem kleinen Trichter oder einer leeren Spülflüssigkeits-

flasche beigelegt und dann gerührt und mit warmem Wasser durchgespült werden. Es ist auch akzeptabel, nur Wasser zu verwenden.“

- Ein Mitarbeiter des Produktmanagements der Firma Servona erteilt folgenden Rat:
  1. „Desinfektion aller Adapter beim Diskonnektieren bzw. Konnektieren mit z. B.: Apsoderm.“ Hierbei handelt es sich um ein alkoholisches Hautdesinfektionsmittel zum Sprühen auf 2-Propanolbasis.
  2. „Desinfektion der Aufsatzkappen ebenfalls mit Sprühdessinfektionsmittel, dann z. B. trocken und keimarm aufbewahren in einer Kanülenreinigungsdose.“
  3. „Aufsetzen der desinfizierten Kappen nach jeder Diskonnektion ohne anschließendem Gebrauch dieses Beutels bis zur nächsten Konnektion.“

In dieser Email erfolgt noch der Hinweis, dass es sich hierbei um eine Rückmeldung aus der praktischen Seite handle, die nicht medizinisch-wissenschaftlich geprüft sei und somit keinen Anspruch auf Verbindlichkeit und 100 % Korrektheit habe.

- Eine Fachberaterin des Herstellers Manfred Sauer GmbH erklärt mir in einem persönlichen Telefonat, dass sie die Notwendigkeit einer Desinfektion der Konnektionsstellen und der Abdeckkappe im häuslichen Bereich nicht zwingend gegeben sehe. Wenn überhaupt, empfiehlt sie die Desinfektion mit einem, unbedingt alkoholischen, Flächendesinfektionsmittel. Außerdem werde ich hier auf eine Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) des Robert-Koch-Institutes verwiesen. In dieser Bekanntmachung aus dem Jahr 2015 geht es unter anderem um Desinfektionsmaßnahmen bei Katheterdiskonnektion im klinischen Bereich. [15] Hierauf wird zu einem späteren Zeitpunkt dieser Arbeit nochmals gesondert eingegangen.
- Von der Firma PFM Medical, die gerade im Bereich der Urinableitung Produkte ihrer Partnerfirma Unomedical, einer Tochterfirma von ConvaTec vertreibt, erhielt ich die Information, im häuslichen Bereich ein „Standarddesinfektionsmittel“, ohne Alkohol zu verwenden. Alkohol würde die

Kunststoffmaterialien unter Umständen zu sehr angreifen. Im Bezug auf die Verschlusskappe wurde mir hier geraten, diese nach Reinigung mit oben genanntem Desinfektionsmittel in einer verschließbaren Haushaltsdose, (Tupperware etc.) auf einem sauberen Tuch aufzubewahren.

Im nächsten Schritt setzte ich mich mit der Hygienefachkraft meiner Klinik in Verbindung. Ihrer Ansicht nach ist eine Desinfektion von Konnektionsstellen und Schutzkappe im häuslichen Bereich, aufgrund des zur Klinik völlig unterschiedlichen Erregerspektrums überhaupt nicht von Nöten. Angesprochen auf die klinische Praxis der Desinfektion in unserem Hause wurde mir erläutert, dass es eine interne Absprache mit dem Hersteller der bei uns verwendeten Wund-, Haut- und Schleimhautdesinfektionsmittel gebe, nach welcher die Verwendung selbiger zum Zwecke der Desinfektion beim Rekonnectieren in der Klinik die Methode der Wahl sei (Dies deckt sich im Übrigen mit Empfehlungen aus der oben schon erwähnten Bekanntmachung der KRINKO). Auf den häuslichen Bereich könne diese Methodik, schon seitens der Empfehlungen des Herstellers, nicht übertragen werden. Auch die in der Klinik praktizierte Methode der Aufbewahrung der Schutzkappen in einer 0,75 %-igen Gigasept AF-Lösung (s. Abb.11) könne für den häuslichen Bereich nicht empfohlen werden.



Abb. 11: Konnektorschutzkappen in einer 0,75 % Gigaseptlösung

In einer weiteren Email konsultierte ich die Firma Schuelke, marktführendes Unternehmen in den Bereichen Infektionsprävention und Hygienelösungen. Auch hier fragte ich nach Lösungsvorschlägen zur Desinfektion bei Dis- bzw. Rekonnection von Urinableitungssystemen an Urostomieversorgungen, nach Desinfektions- und Aufbewahrungsmög-

lichkeiten der Konnektorschutzkappen im häuslichen Bereich und nach Möglichkeiten der Desinfektion und Infektionsprävention von Harnleitersplints beim Versorgungswechsel. Auch fragte ich hier ganz gezielt nach Produktvorschlägen für den häuslichen Bereich aus der breiten Palette des Unternehmens. In der entsprechenden Antwort wurde mir recht ausführlich die zu erwartende Materialverträglichkeit von Kathetermaterialien mit Octenisept erläutert. In einer Stellungnahme heißt es: „Octenisept® hat sich in verschiedenen Untersuchungen mit einer Vielzahl von Katheter- und Sondenmaterialien unter sachgemäßer Anwendung als verträglich herausgestellt. Diese Untersuchungen orientierten sich an der Anwendung in der Praxis und stellten sicher, dass (...) das Präparat ausreichend Zeit hatte abzutrocknen. Unter diesen Bedingungen wurden bisher bei keinem der untersuchten Katheter- oder Sondenmaterialen Schädigungen festgestellt.“ (Originaltext s. Anhang) Bezüglich konkreter Materialvorschläge für den häuslichen Bereich hielt sich mein Ansprechpartner allerdings bedeckt. Auch Kleinstgebilde von beispielsweise Gigasept® zum Einlegen der Schutzkappe seien im Produktsortiment nicht vorhanden.

Abschließend und der Vollständigkeit halber erging eine Anfrage mit ähnlichem Inhalt, natürlich ausgenommen der Splintproblematik, noch an die zwei namhaftesten Hersteller von Flächen-desinfektionsmitteln im Haushalt in der BRD. Von der Firma Reckitt Benckiser (Sagrotan®) bekam ich diesbezüglich keine Antwort. Die Firma Brauns Heitmann (Impressan®) teilte mir mit, „... kein Produkt im Sortiment zu haben, welches wir Ihnen für Ihren Zweck empfehlen können. Unsere Produkte, die eine desinfizierende Wirkung haben, wurden für solche, wie von Ihnen beschriebenen, Zwecke nicht getestet.“

#### Persönliche Einschätzung/Fazit

Schon die Vielfältigkeit inhaltlich leider oft eher bescheidener Aussagen und Antworten, zeigt deutlich wie groß die Unsicherheit im Umgang mit dem Thema Hygiene und Desinfektion der Konnektionsstellen zu sein scheint. Kaum ein Hersteller gibt einen konkreten Vorschlag zur Desinfektion oder gar zu einem bestimmten Produkt, welches

der Patient im Alltag verwenden kann. Stattdessen gehen die Aussagen von „in der häuslichen Umgebung ist eine Desinfektion überhaupt nicht nötig“ über „Desinfektion wenn überhaupt, dann mit alkoholhaltigem Flächendesinfektionsmittel“ bis zu „Desinfektion auf jeden Fall mit alkoholfreiem Produkt“. Dabei ist eine Aussage bezüglich der Handhabung von Konnektionsstellen, zumindest für den klinischen Bereich, klar definiert. In der Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut zur Prävention und Kontrolle Katheter-assoziiierter Harnwegsinfektionen aus dem Jahr 2015 heißt es, dass bei einem mobilen Patienten beim Wechsel von einem Bein- und/oder Nachtbeutel folgende Maßnahmen zur Desinfektion einzuhalten sind:

- „die Konnektionsstelle vorher mit einem alkoholischen Präparat zu wisch- oder sprühdesinfizieren, wenn eine Diskonnektion nicht zu vermeiden ist“ und
- „bei Diskonnektion eine erneute Verbindung von Katheter und Konus des Drainageschlauches nur unter aseptischen Kautelen nach Wisch- oder Sprühdesinfektion mit einem alkoholischen Präparat (z. B. einem Hautdesinfektionsmittel) durchzuführen.“

Freilich wurde diese Empfehlung für den klinischen Bereich ausgegeben, ich kann allerdings auch nach längerer Überlegung nicht feststellen, warum die eben zitierten Empfehlungen zur Desinfektion bei Diskonnektion nicht auch auf den häuslichen Bereich übertragen können werden sollten. Die während meiner Recherche zwei Mal angetroffene Aussage, im häuslichen Bereich sei eine Desinfektion überhaupt nicht nötig, halte ich persönlich für zu pauschal und unvorsichtig. Ich denke dies hängt vor allem von den gegebenen hygienischen Bedingungen im Haushalt des jeweiligen Patienten und von seinem persönlichem hygienischen Umgang mit den Katheter- und Beutelsystemen ab. Während ich letzteres noch versuchen kann durch Schulung und Anleitung zu vermitteln, habe ich als Stomatherapeut in der Regel über die häuslichen Hygienezustände überhaupt keinen Überblick, weshalb ich auch eine solche Pauschalaussage nicht treffen würde.

Vielmehr stellt sich doch hier die Frage, ob ich den Patienten nicht dazu anhalte und anleite die Konnektionsstellen vor Dis- und zumindest aber vor Rekonnektion mit einem alkoholischen Hautdesinfektionsmittel zu desinfizieren? Zwar geben Hersteller von Desinfektionspräparaten, wie am Beispiel Schuelke zu sehen ist, keine klaren Empfehlungen für die Desinfektion von Material mit Hautdesinfektionsmitteln, aber sie bestätigen zumindest bei sachgemäßem Gebrauch und unter Einhaltung der Einwirkzeit die Materialverträglichkeit, so dass dem Patienten zu Hause diesbezüglich keine Nachteile entstehen, zumal die Ableitungssysteme ohnehin nicht über längere Zeitintervalle benutzt werden (sollten). Zudem wären Hautdesinfektionsmittel kostengünstig und bei nicht erfolgreicher Verordnung für den Patienten eher zu finanzieren als beispielsweise die von der Firma Braun vorgeschlagenen Wischtücher.

Auch eine Empfehlung zur Desinfektion der Konnektorschutzhülle gestaltet sich schwierig. Auch hier könnte der Patient das Hautdesinfektionsmittel zur Sprühdeseinfektion verwenden und die

desinfizierte Schutzhülle dann auf den desinfizierten Konus des nicht verwendeten Ableitungsbeutels aufstecken. Die Lagerungsproblematik könnte umgangen werden, wenn Produkte verwendet würden, bei denen die selbe Schutzhülle gleichermaßen auf den Bett- und den Beinbeutelkonus passt. Sollte dies nicht möglich sein, so ist eine Aufbewahrung des desinfizierten Konus in einer mit Kompresse ausgelegten, kleinvolumigen, verschließbaren Kunststoffbox eine Überlegung wert.

Bezüglich einer möglichen Desinfektion des/der Splints wurde von den angefragten Personen und Herstellern leider keine Stellungnahme gegeben. Der weiter oben zitierte Artikel zur Wanderrichtungsgeschwindigkeit uropathogener Erreger wirft allerdings schon die Frage auf, ob eine Desinfektion der Splints vor dem Anlegen der neuen Versorgung nicht sinnvoll wäre. Zum Umgang während des Versorgungswechsels empfehle ich gerade bei sehr langstreckig herausragenden Ureterkathetern die Zuhilfenahme einer zweiten Pflegeperson, die die Splintkatheter mit einer sterilen Pinzette zur Vermeidung

des Kontaktes mit der Stomaumgebung, nach oben hält. Dies kann zum Beispiel notwendig werden, wenn die alte Versorgung bereits entfernt wurde und Stoma sowie parastomale Haut gereinigt werden. In der häuslichen Versorgung ist die Konsultation einer zweiten Pflegeperson oft sicherlich schlecht praktikabel und die Verfügbarkeit steriler Instrumente eher schwierig zu gestalten. Hier kann der Patient aber zumindest darauf geschult werden den offen liegenden Splint in eine nur wenige Zentimeter geöffnete, sterile Kompressenpackung abzulegen, falls Kontaktvermeidung nicht möglich ist. Bei der Verwendung eines Sprühdeseinfektionsmittels sollte hier auf jeden Fall auf ein Schleimhautdesinfektionspräparat geachtet werden, da beim Desinfektionsvorgang der Kontakt des Desinfizierens mit der Schleimhaut von Conduit oder Urterocutaneostomie nicht ausgeschlossen werden kann.

Zum Abschluss soll an dieser Stelle einmal explizit darauf hingewiesen werden, dass all diese genannten Punkte zu Desinfektion und hygienischem Umgang Vorschläge sind, die mir aus meiner Sicht am plausibelsten erscheinen. Standardisierte Regeln für den häuslichen Bereich sind für diesen Kontext nicht existent. Deshalb muss jeder Pflegenden und jeder Stomatherapeut für sich selbst entscheiden, wie er das Handling von Ablasshahn, Adapter, Konnektor, Schutzhülle und Splint am besten vertreten kann.

Allerdings wäre hier eine entsprechende Empfehlung des Robert-Koch-Institutes (bzw. der KRINKO) für den häuslichen Bereich wünschenswert und für Patienten, Pflegekräfte und Stomatherapeuten mehr als hilfreich.



*Dominik Öhrlein  
Wundexperte ICW, Stomatherapeut  
FgSKW  
Klinikum Würzburg Mitte  
Standort Missioklinik  
Tel.: 0931/791-6089  
dominik.oehrlein@kwm-klinikum.de*



Wie wäre es,  
wenn ein Hautschutz  
helfen könnte, Ihre  
Haut auf natürliche  
Weise gesund  
zu erhalten?



Shelley, Ileostomie seit 2015



## Dansac TRE Technologie

### Jetzt neu, auch als einteilige Ileo- und Kolostomieversorgung

- Erhältlich in plan, konvex und soft konvex
- Bietet sicheren Halt und ist dennoch einfach zu entfernen
- Entwickelt zur Absorption von Stomaausscheidung und Schweiß zum Schutz Ihrer Haut
- Entwickelt, um die hautschädigenden Auswirkungen von Verdauungsenzymen auszugleichen

Erfahren Sie mehr über die Dansac TRE Technologie und fordern Sie Ihr kostenloses Muster an:

**Tel. 0800 / 888 33 88** oder auf [www.dansac.de/tre](http://www.dansac.de/tre)



**CE** Lesen Sie vor der Verwendung die Gebrauchsanleitung mit Informationen zu Verwendungszweck, Kontraindikationen, Warnhinweisen, Vorsichtsmaßnahmen und Anleitungen.  
Das Dansac Logo, NovaLife und TRE sind Markenzeichen der Dansac A/S. © 2020 Dansac A/S

**dansac**   
Dedicated to Stoma Care

# "Typisch Crohn" – Vorurteil oder Realität?

Ich habe mich im Rahmen meiner Facharbeit, die ich anlässlich meiner Weiterbildung zur Pflegeexpertin Stoma, Kontinenz und Wunde am Diakonischen Institut in Dornstadt zu schreiben hatte, mit dem Thema Morbus Crohn beschäftigt. Besonders interessierte mich, warum die Menschen mit Morbus Crohn von Pflegenden unter dem Motto „Typisch Crohn“ in eine Schublade gesteckt werden. Empfinden Pflegekräfte etwa den Umgang mit Patienten mit Morbus Crohn besonders anstrengend oder belastend? Haben diese Pflegekräfte gegenüber diesen Patienten "Vorurteile" aufgrund Ihrer speziellen Erkrankung? Gibt es spezielle Verhaltensmuster oder Charaktereigenschaften von Patienten mit chronisch entzündlicher Darmerkrankung (CED), die von "Anderen" z. B. Pflegekräften negativ aufgenommen bzw. wahrgenommen werden.

Um dies herauszufinden, stelle ich u. a. die Frage: "Kann man sich in die Lage eines Menschen mit einer chronisch entzündlichen Erkrankung hineinversetzen?"

Denn mit der Krankheit Morbus Crohn zu leben ist nicht immer leicht - Bauchschmerzen, Durchfälle, Gewichtsverlust und viele weitere Symptome begleiten Menschen mit Morbus Crohn ein Leben lang. Zahlreiche Krankenhausaufenthalte sind oft nötig. Dass der eine oder andere Patient mit CED durch seine Krankheit einfach "anders" ist, müsste doch für alle verständlich sein. Oder?

Um mir einen "Überblick" über die o. g. Sachverhalte verschaffen zu können entschloss ich mich, eine Umfrage unter den Pflegekräften zu starten. Um mich auch in den Alltag eines Patienten mit CED besser hineinversetzen zu können, habe ich mich dazu entschlossen auch diese in die Befragung mit einzubeziehen.

**D**er Umgang mit Menschen, die unter chronischen Erkrankungen leiden, erfordert von den Pflegenden nicht nur fachliches Wissen, sondern auch komplexe soziale Fähigkeiten. Leider stelle ich hierbei doch immer wieder fest, dass Patienten mit einer CED sofort in ein bestimmtes Muster gesteckt werden. Viele Kollegen sind schnell von diesen Patienten genervt oder sogar überfordert. Woran liegt das?

Der Erstbeschreiber der Morbus Crohn Krankheit, Burill B. Crohn, charakterisierte diese Patienten mit bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen. Er bezeichnet Patienten mit CED z. B. als emotional

labil, ängstlich, unreif-abhängig und pseudonormal. Er formulierte sogar 1949: "Die seelischen Erscheinungen sind bei dieser Erkrankung manchmal so ausgeprägt, dass sie die eigentlichen körperlichen Erscheinungen in den Hintergrund drängen" (s. DCCV e. V., 1997, Stuttgart, S. 253). Deshalb wurde Morbus Crohn zu dieser Zeit als eine rein psychosomatische Erkrankung eingestuft. Nach mehreren wissenschaftlichen Studien konnte dies allerdings widerlegt werden. Dr. Winfried Häuser, Internist und Arzt für Psychotherapeutische Medizin aus dem Klinikum Saarbrücken beschäftigt sich mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen. Er hat

Empfehlungen für Patienten und bisherige Forschungsergebnisse zum Thema Psyche bei CED-Erkrankten zusammengefasst. Seiner Meinung nach gibt es psychosoziale Einflüsse auf den Verlauf einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung. Diese untergliedert er in:

- **Sekundäre seelische und soziale Probleme** (z. B. während des Krankheitsverlaufes kann es zu seelischen, sozialen oder zwischenmenschlichen Problemen kommen.)
- **Verschlimmerung der Symptomatik durch einschneidende Lebensereignisse** (z. B. Arbeitsplatzwechsel, Partnerverlust)

- **Alltagsstress** (z. B. höhere Stressanfälligkeit, da man nicht mit anderen über seine Gefühle redet.)
- **Krankheitsbewältigung** (z. B. Rückzug aus der Öffentlichkeit oder von Freunden und Verwandten, dies kann den Schub jedoch verlängern. Der Austausch mit Freunden oder Verwandten hingegen würde den Schub vermutlich verkürzen.)
- **Lebensqualität** (z. B. wird durch die Stimmungslage beeinflusst).

Er hat herausgefunden, dass es für die chronische Erkrankung wichtig ist, wie man mit ihr umgeht. Dies ist natürlich auch bei allen anderen Erkrankungen von höchster Bedeutung. Wie zufrieden ist man im Beruf, Partnerschaft oder Freundeskreis. Fühlt man sich in seinem Beruf unwohl und wird nur gemobbt oder haben sich sogar Freunde von einem abgewendet. All dies trägt zur Lebensqualität bei. Somit ist es sehr wichtig, sich bei psychischer Belastung in psychologische Hilfe zu begeben. Wenn die Krankheit das Leben bestimmt und man an nichts anderes mehr denken kann, ist es extrem wichtig, sich professionelle Hilfe zu suchen. Es ist bewiesen, dass eine Psychotherapie die Verarbeitung der Krankheit verbessern kann und zum Wohl des seelischen Befindens beiträgt. Leider wurden noch keine körperlichen Einflüsse z. B. auf Dauer und Schwere der Schübe nachgewiesen (vgl. Dr. Winfried Häuser, 2012).

### **Befragung der Betroffenen und Auswertung der Fragebögen**

Durchgeführt wurde diese Befragung am Universitätsklinikum Würzburg in der Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie. An der Befragung mittels Fragebogen nahmen 52 Pflegekräfte und 18 Patienten teil. Damit soll die Hypothese der "Abneigung bzw. der Vorurteile von Pflegepersonal gegenüber CED-Patienten" objektiv überprüft werden.

### **Auswertung der Fragebögen – Befragung des Pflegepersonals**

Bei der Befragung des Pflegepersonals unterteilte ich die Befragten nach Altersgruppen. Ziel dieser Unterteilung ist es, festzustellen, ob Pflegekräfte abhängig von Ihrem Alter unterschiedliche Erfahrungen und Meinungen zu Patienten mit Morbus Crohn haben. Die Altersgruppen der Befragten unterteilen sich wie folgt:

### **Siehe Grafik 1 auf Seite 31**

Von den insgesamt 52 befragten Personen befanden sich drei zum Zeitpunkt der Befragung in der Ausbildung zum/zur Gesundheits- und Krankenpfleger/in.

Anschließend betrachtete ich, wie häufig die Befragten Umgang mit Morbus Crohn Patienten haben.

### **Siehe Grafik 2 auf Seite 31**

Dies ist notwendig um herauszufinden, ob Pfleger/innen mit unterschiedlich viel Kontakt zur Patientengruppe unterschiedliche Assoziationen mit diesen haben.

Als nächstes wollte ich herausfinden, welche Eigenschaften auf Patienten mit Morbus Crohn aus Sicht der Pflegenden im Allgemeinen zutreffen. Hierbei konnte jeder Befragte mehrere Eigenschaften auswählen.

### **Siehe Grafik 3 auf Seite 31**

Auffällig war hierbei, dass 75 % der Befragten zwischen 26 und 31 Jahren sowie fast alle Befragten ab 46 Jahren die von Morbus Crohn betroffenen Patienten als "Abhängig von den Elternteilen" und "Emotional unreif" einstufen. Eine Ursache könnte hierfür sein, dass speziell jüngere Befragte es als "normal" empfinden, dass Eltern noch eine spezielle Bindung zu ihren Kindern haben. Zudem habe ich aus meinen eigenen Erfahrungen die Erkenntnis gewonnen, dass jüngere Menschen weniger über Gefühle sprechen als Ältere.

In allen Altersgruppen sind sich die Befragten jedoch einig, dass diese Patienten als überempfindlich bzw. sensibel wahrgenommen werden.

Mit der nächsten Frage wollte ich herausfinden, welche der oben genannten Aussage maßgeblich für die Aussage "Typisch Crohn" verantwortlich ist.

### **Siehe Grafik 4 auf Seite 31**

Im direkten Vergleich der beiden Fragen fällt auf, dass die Überempfindlichkeit unter Betrachtung aller Eigenschaften nur etwa doppelt so viele Prozentpunkte erreicht wie alle anderen. Wenn es um die maßgeblichste Eigenschaft geht

bzw. darum, was "Typisch Crohn" ist, ist diese aber im Durchschnitt mit dem sechs- bis zehnfachen Prozentsatz hierfür am entscheidendsten.

### **Siehe Grafik 5 auf Seite 32**

Besonders wichtig für das Ergebnis meiner Befragung ist, ob bei den Pflegenden bereits vor Erstkontakt eine Abneigung gegenüber Patienten besteht, die eine Morbus Crohn Erkrankung haben. Dabei ist es ebenfalls sehr wichtig zu betrachten, wie häufig die Befragten mit Morbus Crohn Patienten in "Kontakt" kommen.

### **Siehe Grafik 6 auf Seite 32**

### **Siehe Grafik 7 auf Seite 32**

Entgegengesetzt meiner These haben 79 % der Befragten keine Abneigung gegenüber Morbus Crohn Patienten. Des Weiteren ist ebenfalls entgegen meiner Erwartung die Abneigung gegenüber Morbus Crohn Patienten höher, je öfter man sie als Pfleger/in betreut (bis zu 30 %). Die befragten Pflegekräfte, die nur selten im Kontakt mit Morbus Crohn Patienten stehen, haben hingegen gar keine Abneigung.

Um bereits mittels Fragebogen Lösungsansätze für die Verbesserung im Verhalten gegenüber Morbus Crohn Patienten zu erhalten, habe ich die Befragten gebeten, sich selbst in die Lage eines CED-Patienten zu versetzen. Welches Symptom der Erkrankung würde Sie am stärksten belasten?

### **Siehe Grafik 8 auf Seite 32**

Wie zu erwarten, würden die Durchfälle die Befragten mit 59 % am meisten belasten. Auch der Abbruch von sozialen Kontakten hat mit 25 % einen nicht unerheblichen Anteil der Belastungen. Um sich in die Lage von CED-Patienten zu versetzen und diese besser zu verstehen bzw. die Akzeptanz zu erhöhen ist es wichtig, sich darüber klar zu werden wie die o. g. Symptome den Alltag der befragten Krankenpfleger/innen beeinflussen würden.

### **Siehe Grafik 9 auf Seite 32**

Am Ende der Befragung habe ich das Pflegepersonal darum gebeten,

Maßnahmen zur Verbesserung des Verhaltens gegenüber CED-Patienten zu finden. Folgende Maßnahmen wären aus Sicht der Befragten sinnvoll.

### Siehe Grafik 10 auf Seite 32

Wie zu erwarten, würde die Schulung und Aufklärung des Pflegepersonals aus Sicht der Pflegenden um ca. ein Fünftel zur Verbesserung des Verhältnisses zu CED-Patienten beitragen. Das größte Potenzial liegt für sie in der psychologischen Betreuung (30 %). Die Schulung und Aufklärung der Patienten bzw. Ihrer Angehörigen wird mit je ca. einem Viertel als Verbesserungsmaßnahme erachtet. Vereinfacht gesagt liegen aus Sicht der Pflegenden 81 % der entstehenden Probleme an dem Patienten oder seinen Angehörigen.

Weitere Vorschläge für Verbesserungsmaßnahmen sind:

- Schulung von entfernt Betroffenen/ nicht Betroffenen z. B. Schulen, Apotheken
- Freunde mit einbeziehen
- frühzeitiger Kontakt zu Selbsthilfegruppen
- ausführliche Anamnese

### Befragung der Patienten

Bei der Befragung der Patienten unterteilte ich die Befragten ebenfalls nach Altersgruppen. Ziel dieser Unterteilung ist es, festzustellen, ob Patienten abhängig von Ihrem Alter unterschiedliche Erfahrungen mit Pflegepersonal und stationären Aufenthalten haben. Außerdem ist es wichtig, herauszufinden, ob Patienten abhängig von Ihrem Alter unterschiedlich mit der Diagnose Morbus Crohn umgehen.

Die Altersgruppen der Befragten unterteilen sich wie folgt:

### Siehe Grafik 11 auf Seite 33

Von den insgesamt 18 Befragten war zum Zeitpunkt der Befragung ein Patient lediglich 16 Jahre alt. Dieser wurde der Rubrik 18 bis 25 Jahre hinzugefügt. Im Anschluss befragte ich die Patienten, in welchem Alter diese die Diagnose Morbus Crohn gestellt bekommen haben. Diese Information ist wichtig, um herauszufinden, in welchem Alter die Krankheit durchschnittlich erkannt wird. Nach meinen Recherchen ist die

Erstmanifestation von Morbus Crohn meist im jugendlichen Erwachsenenalter. Ich möchte herausfinden, ob dies bei den Befragten der Universitätsklinik Würzburg ebenfalls der Fall ist.

### Siehe Grafik 12 auf Seite 33

Entgegen der o. g. Behauptung erkrankten nur 50 % der befragten Patienten im jugendlichen Erwachsenenalter an Morbus Crohn. 44 % der Befragten erkrankten erst im Erwachsenenalter. Dieses Ergebnis ist jedoch aufgrund der geringen Anzahl der Befragten als nicht repräsentativ zu betrachten. Zum anderen ist es mir wichtig herauszufinden, ob Patienten mit zunehmender Krankheitsdauer besser oder schlechter mit der Krankheit bzw. ihren Symptomen zurechtkommen. Hierfür habe ich die Dauer der Erkrankung in zwei Gruppen unterteilt. Aufgrund der festgelegten Altersgruppen und dem Zeitpunkt der Diagnose Morbus Crohn lassen sich Rückschlüsse auf die Dauer der Erkrankung schließen. Aufgrund meiner ausgewerteten Ergebnisse habe ich die Dauer der Krankheit auf über bzw. unter 10 Jahre definiert. Zur Gruppe der unter 10 Jahre Erkrankten zählen 11 der befragten Patienten. Sieben der Befragten fallen somit in die Gruppe der über 10 Jahre Erkrankten. Einige der "Langzeiterkrankten" sind bereits seit über 25 Jahren von ihrer CED-Erkrankung betroffen.

### Siehe Grafik 13 auf Seite 33

Um die Belastungen des Krankheitsbildes Morbus Crohn besser nachvollziehen zu können ging ich bei meiner nächsten Frage auf das Symptom der Durchfälle ein. Wie bereits im Verlauf dieser Facharbeit erwähnt bzw. angedeutet, werden Durchfälle als besonders belastend für die Patienten beschrieben.

### Siehe Grafik 14 auf Seite 33

Dieses Diagramm zeigt die Häufigkeit der Durchfälle im Durchschnitt aller Altersgruppen. Bei der Auswertung dieser Frage ist aufgefallen, dass die Befragten der Altersgruppe 18 bis 25 Jahre keine und wenn dann maximal zweimal Durchfälle in den letzten 7 Tagen hatten. Leider ist das Ergebnis der Frage 3 (Anzahl der Durchfälle in den letzten 7 Tagen) überhaupt nicht aussagekräftig!

Es wurde jedoch vergessen den Grund des Klinikaufenthaltes, die Dauer etc. mit in die Bewertung der Frage aufzunehmen. Außerdem wird nicht berücksichtigt, ob die Patienten sich in einem Schub oder in einer Remissionsphase befinden. Somit können keine Rückschlüsse gezogen werden ob Patienten mit unterschiedlicher Krankheitsdauer besser bzw. schlechter mit den Symptomen der CED-Erkrankung zurechtkommen.

Mit der vierten Frage wollte ich herausfinden, ob Patienten trotz ihrer chronischen entzündlichen Darmerkrankung einen Beruf ausüben können. Lediglich bei vier der befragten Patienten ist keine Ausübung der beruflichen Tätigkeit aufgrund der Erkrankung mehr möglich. Aufgefallen ist, dass es sich hierbei um den o. g. 16-jährigen Schüler handelt und einer der Betroffenen in den vorzeitigen Ruhestand versetzt wurde. 78 % der Befragten sind trotz Ihrer Erkrankung berufstätig.

### Siehe Grafik 15 auf Seite 33

Anschließend wertete ich die Berufsgruppen der berufstätigen Befragten aus und stellte fest, dass 86 % der berufstätigen Befragten im Normalfall jederzeit unkomplizierten Zugriff zu einer Toilette haben. Lediglich der Bauleiter sowie Bedienstete, die im Operationsbereich tätig sind haben meiner Meinung nach einen erschwerten Zugriff zu sanitären Anlagen.

### Siehe Grafik 16 auf Seite 33

Zudem wollte ich herausfinden, ob beschäftigte Unterstützung durch den Arbeitgeber erhalten und wenn ja, in welcher Form.

### Siehe Grafik 17 auf Seite 34

### Siehe Grafik 18 auf Seite 34

Unterstützung erhalten CED-Patienten z. B. durch flexible Arbeitszeiten (Bauleiter, Gastronomie, Studium und Bürojob), mehr Urlaub (Bürojob), Arzttermine während der Arbeitszeit (Bürojob, operativer Bereich) und Home Office (Bürojob).

Keine Unterstützung bekommen: Maschinenschlosser, Schüler, Bankangestellte, Bürokauffrau, Erzieherin und die Verkäuferin. Fraglich ist, ob die Betrof-



“Als ich 2010 in einer Notoperation ein Stoma bekam, habe ich zunächst mein gesamtes Selbstvertrauen verloren.

Mir hat das Training geholfen die Kontrolle über mein Leben zurückzugewinnen.”

Sarah Russell,  
Sportwissenschaftlerin

Bestellen Sie  
noch heute Ihr  
kostenfreies Infopaket

**JETZT ANMELDEN**

unter [www.convatec.de/  
meplus](http://www.convatec.de/meplus)

# Endlich

## ein Rehabilitations- training für Stomaträger

Wir unterstützen Sie mit **fundierte[m] Fachwissen, praktischen Übungen und hilfreichen Informationen** bei der Beratung und Versorgung Ihrer **Stomapatienten**.

**GRÜN**  
Grundlagen

**BLAU**  
Fortschritte  
machen

**LILA**  
Fitter  
werden

**GELB**  
Beckenboden-  
Training

Die Unsicherheit nach **Stoma-Anlagen**, gerade was die körperliche Aktivität betrifft, ist **sehr groß**.

Deshalb haben wir von **ConvaTec** – zusammen mit **Stoma-Trägern** und Gesundheitsexperten – das **neue und einzigartige**

**me+™ recovery Rehabilitationsprogramm** entwickelt: ein **Training zur Stabilisierung der Bauch- und Rumpfmuskulatur in vier Phasen**.

Schritt für Schritt fördern Sie damit die **Gesundheit** der Patienten, **beschleunigen** den **Genesungsprozess** und vermeiden zeit- und kostenintensive Behandlungen.

**me+™ recovery ist Teil unseres Patientenprogramms me+™.**

“Während meiner Chemotherapie hat mich ein Freund dazu ermuntert, jeden Tag spazieren zu gehen. Positive Unterstützung von einem Freund oder Familienmitglied ist sehr wichtig.”

Billy



**me+ recovery**

 **ConvaTec**

fenen, welche keine Unterstützung erhalten, offen mit Ihrer Krankheit umgehen. In vielen der genannten Berufsgruppen lässt sich die Erkrankung beispielsweise verheimlichen. Mit der 6. Frage fand ich heraus, dass unabhängig von der Unterstützung durch den Arbeitgeber die Morbus Crohn Erkrankung das Arbeitsleben beeinträchtigt.

#### Siehe Grafik 19 auf Seite 34

Wie im Diagramm ersichtlich beeinträchtigen die "häufigen Toilettengänge" die betroffenen Arbeitnehmer am stärksten.

Wichtig für die Bewältigung des Alltages ist neben der beruflichen auch die familiäre Unterstützung (Frage 7).

#### Siehe Grafik 20 auf Seite 34

Wie nicht anders zu erwarten, erhalten 100 % der 18 bis 25-Jährigen Unterstützung durch Familienangehörige. Dies liegt meines Erachtens daran, dass diese häufig noch Zuhause leben. Die 17 % der Betroffenen, die keine Unterstützung erhalten, befinden sich in der Altersgruppe 46 - 55 oder darüber. Der Grund hierfür könnte sein, dass Eltern oft selbst schon ein beachtliches Alter erreicht haben und die Unterstützung durch diese entfällt. Oftmals sind auch Geschwister nicht vorhanden oder leben weiter entfernt.

Familiäre Unterstützung erhalten CED-Patienten z. B. durch

- Begleitung zu Arztbesuchen (inkl. Fahrdienst)
- Rücksichtnahme
- Kinderbetreuung
- Hilfe im Haushalt
- Einkauf für Betroffene

Mit der nächsten Frage wollte ich herausfinden, ob sich aufgrund der Morbus Crohn Erkrankung Freunde abgewendet haben. Hierbei wollte ich ebenfalls ergründen, ob dies abhängig von der Altersgruppe ist. Denkbar wäre, dass gerade jüngere Freunde oder Bekannte auf Symptome der Erkrankung unangemessen reagieren und sich vom Betroffenen abwenden.

#### Siehe Grafik 21 auf Seite 34

#### Siehe Grafik 22 auf Seite 34

Unter Berücksichtigung aller Befragten haben sich bei 78 % der CED-Patienten keine Freunde nach Erhalt der Diagnose abgewendet. Entgegengesetzt meiner Vermutung haben sich bei den 18 bis 25-Jährigen keine Freunde abgewendet. Jedoch bei allen 26 bis 31-Jährigen, hiervon bekam ein Betroffener die Diagnose bereits mit 17 Jahren. Ggf. waren die jungen Freunde vor ca. 10 Jahren noch "unreifer" und haben sich deshalb nach Bekanntwerden der Diagnose Morbus Crohn vom Betroffenen abgewendet. Diese These ist rein spekulativ da unter Berücksichtigung der Fragestellung bzw. der Auswertungsmöglichkeiten nicht festgestellt werden kann, in welchem Alter sich die Freunde von dem CED-Patienten abgewendet haben. Des Weiteren beginnt, wie schon bei Frage 2 erörtert, ab 26 Jahren das Erwachsenenalter. Denkbar wäre, dass sich aufgrund des "Erwachsenwerdens" ein Lebenswandel vollzogen hat und in diesem eine vermeintlich schwieriger zu erhaltene Freundschaft beendet wurde. Warum sich bei einem der 38 bis 45-Jährigen Freunde nach Erhalt der Diagnose abgewendet haben, erschließt sich mir jedoch nicht. Beide Erkrankte haben die Diagnose erst vor wenigen Jahren erhalten (im Alter von 34 und 40 Jahren). Ich könnte mir als nachvollziehbaren Grund lediglich einen gewissen Zeitmangel vorstellen. Denn CED-Patienten haben aufgrund der Symptome ihrer Erkrankung den damit häufigeren Arztbesuchen oder langwierigen Krankenhausaufenthalten weniger Zeit als z. B. andere Freunde. Im Alter von 34 oder 40 Jahren sind Freunde eventuell auch selbst noch durch Familiengründung, Hausbau, Kinderbetreuung etc. stark eingebunden und wenden sich daher von betroffenen Freunden ab. Jedoch ist auch diese Begründung rein spekulativ und kann nicht belegt oder widerlegt werden. Ebenfalls können keine Zusammenhänge oder Rückschlüsse in Verbindung mit der sozialen Stellung der Betroffenen, aufgrund der Berufstätigkeit beider, gemacht werden. Bei Frage 9 möchte ich von den Patienten wissen wie gut sie selbst glauben mit der Erkrankung zurechtzukommen.

#### Siehe Grafik 23 auf Seite 35

Bei dieser Auswertung ist es mir wichtig, mit zu berücksichtigen wie lange die Betroffenen bereits mit der

Krankheit Morbus Crohn leben. Vermutlich kommen Patienten, welche erst vor Kurzem erkrankt sind deutlich schlechter mit den Symptomen zurecht als Patienten, welche die Krankheit beispielsweise bereits seit 10 Jahren haben.

Sehr gut kommt in der gesamten Umfrage nur ein Patient mit den Symptomen der Erkrankung zurecht. Dieser befindet sich in der Altersgruppe 18 bis 25. Aufgrund der Erkenntnisse von Frage 2 des Patientenfragebogens kann davon ausgegangen werden, dass dieser seit maximal 5 Jahren von der CED-Erkrankung betroffen ist. Der größte Teil der Befragten kommt hingegen Gut bis OK (OK = an manchen Tagen bin ich trotzdem nicht einsatzfähig) mit den Symptomen zurecht. Dies ist sowohl bei den relativ kurz Erkrankten als auch bei den über zehn Jahre Erkrankten der Fall. Fünf der Befragten kommen mit ihrer Krankheit hingegen überhaupt nicht zurecht bzw. die Krankheit bestimmt ihr Leben. Auffällig ist, dass CED-Patienten, welche seit ca. 20 Jahren betroffen sind, überwiegend gut mit den Symptomen zurechtkommen. Lediglich ein Patient leidet seit über 30 Jahren an der Krankheit Morbus Crohn. Dieser gab jedoch an, dass die Krankheit sein Leben bestimmt und er aufgrund seiner Erkrankung bereits vorzeitig in den Ruhestand versetzt wurde.

Aufgrund dieser Umfrageergebnisse vermute ich, dass bei Patienten welche deutlich über 20 Jahre mit der Krankheit Morbus Crohn leben stärker von den Symptomen betroffen sind. Gründe hierfür sind meiner Meinung nach eine bereits sehr lang anhaltende chronische Entzündung des Darmes und der Darmschleimhaut. Hierdurch waren vermutlich schon sehr viele operative Eingriffe und schubbedingte Klinikaufenthalte notwendig. Da diese Behauptung lediglich auf einen der Befragten zutrifft bzw. nur ein Befragter länger als 30 Jahre von der CED-Erkrankung betroffen ist, kann diese als nicht repräsentativ angesehen werden. Anders als erwartet kommen nur zwei Patienten, welche die Diagnose erst seit Kurzem erhalten haben, überhaupt nicht mit den Symptomen zurecht. Es lassen sich jedoch aufgrund der Anonymität der Umfrage keine exakten Zeiträume der Erkrankung feststellen.

Denkbar ist hier, dass die Patienten erst einen oder zwei Krankheitsschübe erlebt haben die Therapien und Medikamente sehr gut wirken.

Dadurch sind vermutlich längere Remissionsphasen als bei Langzeiterkrankten möglich.

Ebenfalls kann durch dieses Umfrageergebnis nicht bestätigt werden, dass Patienten nach beispielsweise 10 Jahren Erkrankung besser oder schlechter mit den Symptomen zurechtkommen.

Es wird ebenfalls lediglich durch zwei Befragte der Eindruck erweckt, dass Patienten mit ca. 20-jähriger Krankheitsgeschichte relativ gut mit dieser leben können.

Bei der Befragung des Pflegepersonals habe ich dieses nach Charaktereigenschaften von CED-Patienten befragt. Ich wollte jedoch herausfinden, ob sich zwischen dem Eindruck des Pflegepersonals und der Selbsteinschätzung der Patienten Parallelen feststellen lassen. Ich habe mich jedoch dazu entschlossen diese Frage offen zu stellen.

35 % der Befragten CED-Patienten gaben an, dass sie eher negative bzw. kritische auszuliegenden Charaktereigenschaften haben. Hier überwiegt vor allem die Eigenschaft der Ungeduld (mit 43 %). Des Weiteren bezeichnen sich CED-Patienten als depressiv, emotional, explosiv und selbstkritisch. Die Befragten geben zudem an, dass sich diese Eigenschaften während eines akuten Schubs merklich verstärken. Zwei der CED-Patienten geben sogar ausschließlich "negative" Charaktereigenschaften an. Zu den "positiven" Charaktereigenschaften zählen hauptsächlich: humorvoll, offen, stark, hilfsbereit, lebensfroh, zielstrebig. Ebenso wurden Charaktereigenschaften wie optimistisch, ehrgeizig, lustig, willensstark, herzlich, gutmütig, freundlich, selbstbewusst oder spontan genannt. Insgesamt stehen hier 33 positive den fünf negativen Eigenschaften gegenüber. Zudem fühlen sich betroffene Patienten mit zunehmendem Alter einsam.

Wie bereits erwähnt bezeichnen sich 43 % der Befragten als ungeduldig, vier der Befragten bezeichnen sich jedoch als geduldig. Es sind also auch hier stark unterschiedliche Selbsteinschätzungen festzustellen.

Parallelen zu der Befragung der Pflegekräfte lassen sich nur schwer ziehen. Jedoch werden auch hier CED-Patienten als ungeduldig, leicht erregbar (explosiv)

und ungesellig bzw. einsam wahrgenommen.

Prinzipiell stellte ich mir bei der Erstellung meines Fragebogens ebenfalls die Frage, ob sich CED-Patienten in psychologischer Behandlung befinden. Die Umfrage ergab, dass sich zwei Patienten in psychologischer Behandlung befinden. Einer der in psychologischer Behandlung befindlichen Befragten hat die Volljährigkeit noch nicht erreicht. Bei der zweiten Person handelt es sich um den seit über 30 Jahren Erkrankten, der bereits in den Vorruhestand versetzt wurde. Daher lassen sich nur sehr wenige Rückschlüsse auf die Gründe bzw. den Nutzen der psychologischen Behandlung schließen. Es entsteht jedoch der Eindruck, dass eine psychologische Betreuung eher die Ausnahme ist.

Zu Beginn meiner Ausarbeitung stellte ich die Behauptung auf, dass die Symptome der Morbus Crohn Patienten bzw. ihre Charaktereigenschaften eine negative Wirkung auf das Pflegepersonal haben - Schlagwort "Typisch Crohn". Mit meinen letzten beiden Fragen wollte ich deshalb herausfinden, ob dies aus Sicht der Patienten merkliche Auswirkungen auf das Verhältnis zwischen Patienten und Pflegekraft hat. Patienten haben sich bei Ihrem letzten stationären Aufenthalt im Krankenhaus überwiegend gut behandelt gefühlt.

#### Siehe Grafik 24 auf Seite 35

Keiner der Morbus Crohn Patienten empfand seinen letzten stationären Aufenthalt als unerträglich. Insgesamt hatten lediglich 12 % der Befragten einen negativen Eindruck von Ihrem Krankenhausaufenthalt.

Mit der letzten Frage möchte ich dies weiter spezifizieren und fragte nach dem Verhalten von Pflegekräften gegenüber CED-Patienten.

#### Siehe Grafik 25 auf Seite 35

Es ist festzustellen, dass sich die Morbus Crohn Patienten mit sehr großer Mehrheit positiv behandelt fühlen. 39 % der Befragten empfanden das Verhältnis zur Pflegekraft sogar als vertrauensvoll. Lediglich 17 % der Befragten haben "negatives" bzw. zurückhaltendes Verhalten festgestellt.

Bei der Befragung des Pflegepersonals stellte ich fest, dass 21 % der Pflegekräfte bereits vor Erstkontakt eine

Abneigung gegenüber Patienten mit chronisch entzündlicher Darmerkrankung haben.

Denkbar ist, dass die Patienten, welche das Verhältnis als tendenziell zurückhaltend oder abweisend empfunden haben in Kontakt mit Gesundheits- und Krankenpfleger/innen gekommen sind, die bereits vor Erstkontakt eine Abneigung gegen Morbus Crohn Patienten hatten.

### Zusammenfassung / Fazit

Eine der Kernaufgaben dieser Facharbeit war es dem Mythos "Typisch Crohn" auf den Grund zu gehen. Im ersten Teil meiner Umfrage fand ich heraus, dass bestimmte Charaktereigenschaften auf Menschen mit der Erkrankung Morbus Crohn zutreffen. Das Pflegepersonal empfindet unter diesen vor allem die "Überempfindlichkeit" am belastendsten. Die Befragung ergab außerdem, dass über ein Fünftel aller Pflegenden bereits vor Erstkontakt eine Abneigung gegenüber CED-Patienten haben, Pflegenden mit sehr häufigem Kontakt geben sogar fast zu einem Drittel an, diese Abneigung zu empfinden. Ich komme deshalb zu dem Ergebnis, dass einige "Vorurteile" gegenüber den Patienten mit Morbus Crohn, zumindest von einem Teil der Befragten, an dieser Stelle als bestätigt angesehen werden können.

Einige der Befragten CED-Patienten gaben zudem an, dass negative Eigenschaften während eines Schubes verstärkt werden. Es liegt nahe, dass sich viele Patienten während bzw. aufgrund ihres Schubes im stationären Aufenthalt befinden. Die Wahrnehmung dieser Eigenschaften durch die Pflegenden wird deshalb vermutlich ebenfalls verstärkt. Die große Mehrheit der Patienten empfindet sich während ihres Klinikaufenthaltes jedoch gut bis sehr gut behandelt. Einige bezeichneten das Verhältnis zum Pflegepersonal sogar als vertrauensvoll.

Im Laufe dieser Ausarbeitung wird die starke Belastung der CED-Patienten in Form der zahlreichen Begleiterkrankungen deutlich. Wer sich nicht intensiv mit der Krankheit Morbus Crohn befasst hat, hat keine Vorstellung, wie viele hiervon auftreten können. Auch ich hatte die Breite der Begleiterkrankungen unterschätzt. Die Betroffenen müssen nicht nur wegen ihrer Morbus Crohn Erkran-



Sie heißt Lisa, ist 26 Jahre alt und sagt von sich, wenn sie Superkräfte hätte, könnte sie so stark sein wie Hulk und so fliegen wie Iron Man!

Lisa ist Stomaträgerin. Wir finden, sie hat viele spannende Superkräfte: Mut, Kreativität und die Kraft, für mehr Offenheit zu kämpfen.

---

Erfahre mehr über Lisa und ihre Geschichte auf [www.bbraun.de/stoma-patienten](http://www.bbraun.de/stoma-patienten)

---

# NEUE WEBSITE FÜR STOMA-TRÄGER

kung, welche als unheilbar bezeichnet wird mit zahlreichen medikamentösen und operativen Therapiemaßnahmen rechnen, sondern auch aufgrund der vielen krankheitsbegleitenden Probleme. Bei der weiteren Befragung der Patienten wurde mir klar, dass über die Hälfte der Patienten trotz Unterstützung durch die Familie an manchen Tagen nicht einsatzfähig ist und fast die Hälfte hiervon sogar überhaupt nicht gut mit ihrer Erkrankung zurechtkommt. Aufgrund dieser starken Belastungen komme ich zu dem Entschluss, dass man sich als Außenstehender nicht in die Lage eines Morbus Crohn Erkrankten versetzen kann. Ich denke, man kann unter Berücksichtigung der bereits erlangten Erkenntnisse Verständnis dafür entwickeln, dass der ein oder andere CED-Patient einfach "anders" ist. Experten berichten zudem von einer stark ausgeprägten seelischen Belastung der Patienten. Wie schon erwähnt ist es dennoch wichtig, bzw. hat es sogar Einfluss auf den Verlauf, wie man mit seiner Erkrankung umgeht. Meiner Meinung nach sollten Betroffene es deshalb zumindest in Erwägung ziehen,

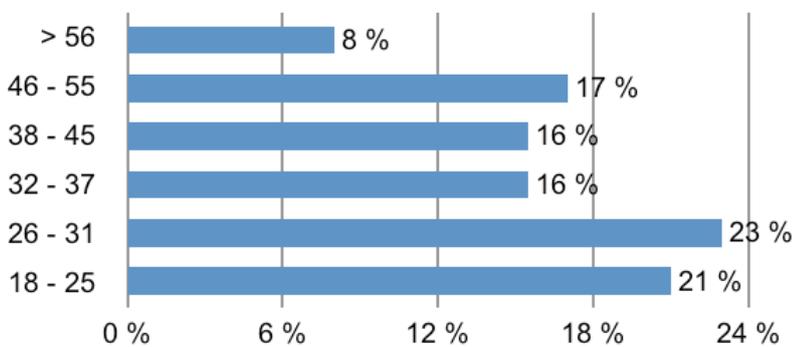
sich einer Selbsthilfegruppe anzuschließen oder sogar eine psychologische Betreuung in Anspruch zu nehmen. Ich möchte an dieser Stelle jedoch erneut darauf hinweisen, dass diese Ausarbeitung nur als sprichwörtliches "Kratzen an der Oberfläche" verstanden werden kann. Um noch bessere Erkenntnisse über die Krankheit Morbus Crohn und Ihre Belastung für die Betroffenen, aber auch über das Verhältnis zu den Pflegenden zu erlangen, sollte man für künftige Forschungen die Befragungsmethodik hinterfragen und z. B. mittels Interview individueller auf das komplexe Thema eingehen.



Sabrina Dittmeyer  
Pflegeexpertin Stoma, Kontinenz und Wunde FgSKW  
Literatur bei der Verfasserin

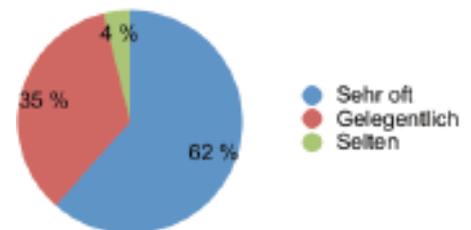
Grafiken: Sabrina Dittmeyer

### Befragte nach Altersgruppen



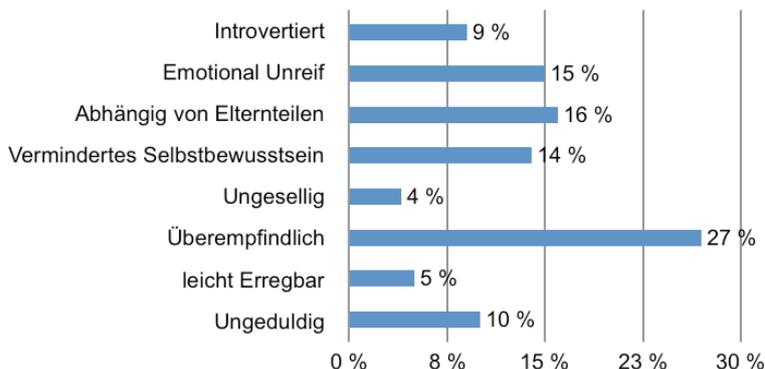
Grafik 1

### Häufigkeit des Umganges mit Morbus Crohn Patienten



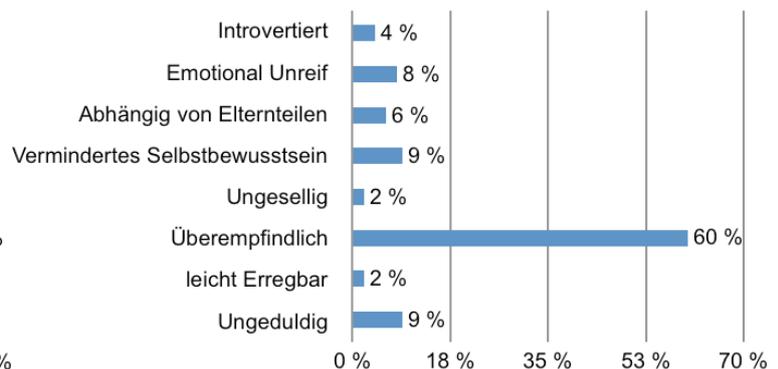
Grafik 2

### Eigenschaften von Morbus Crohn Patienten



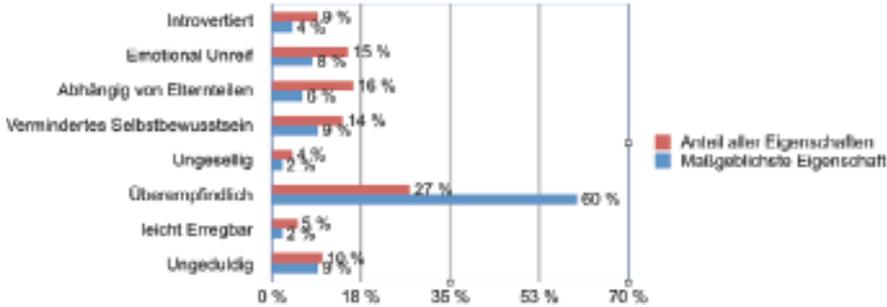
Grafik 3

### Maßgebliche Eigenschaft für die Aussage Typisch Crohn



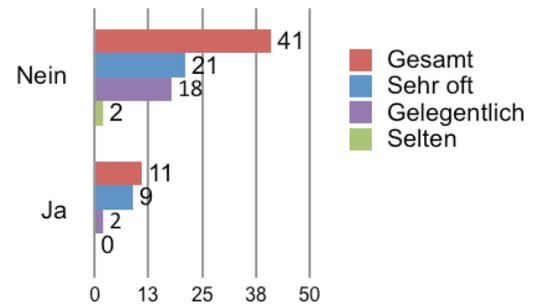
Grafik 4

### Vergleich der Charaktereigenschaften



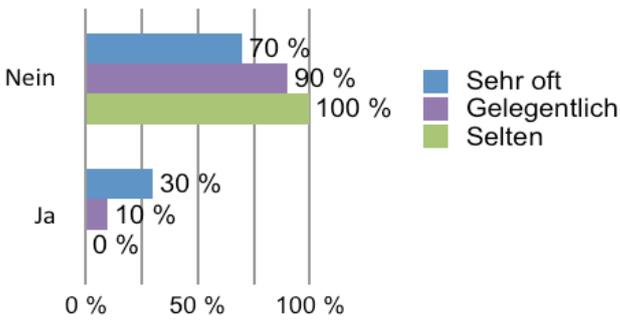
Grafik 5

### Abneigung gegenüber Morbus Crohn Patienten vor Erstkontakt



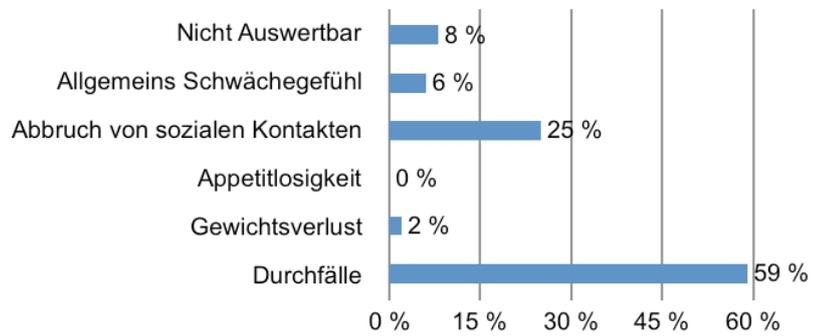
Grafik 6

### Abneigung nach Häufigkeit des Umgangs



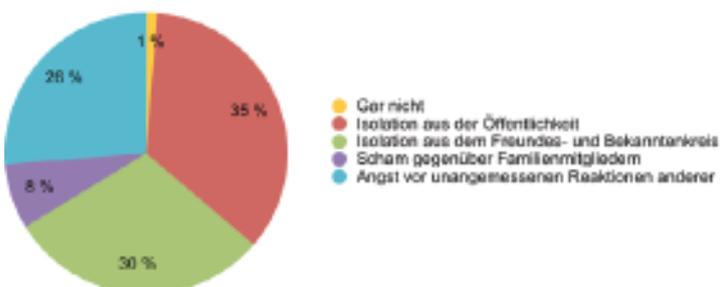
Grafik 7

### Welches Symptom würde Sie am meisten belasten?



Grafik 8

### Auswirkungen der Symptome auf den Alltag



Grafik 9

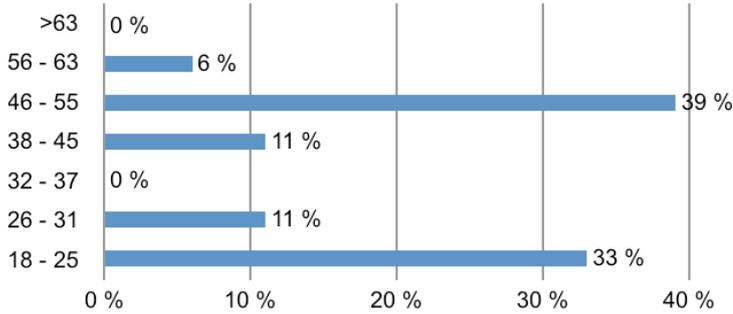
### Maßnahmen zum verbessern des Verhältnisses zwischen CED-Patienten und Pflegenden



Grafik 10

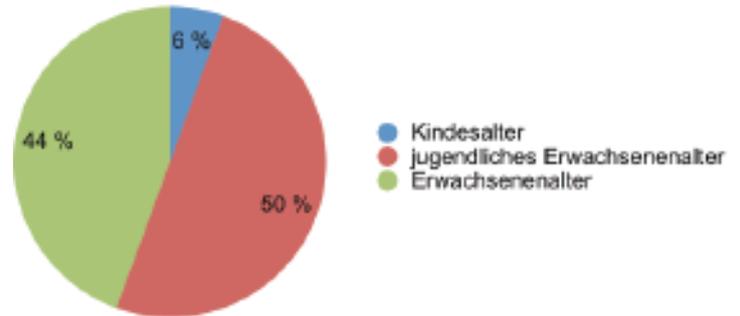
Grafiken: Sabrina Dittmeyer

### Befragte nach Altersgruppen



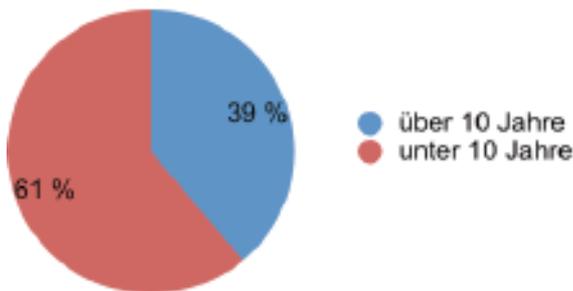
Grafik 11

### Krankheitsausbruch nach Altersgruppen



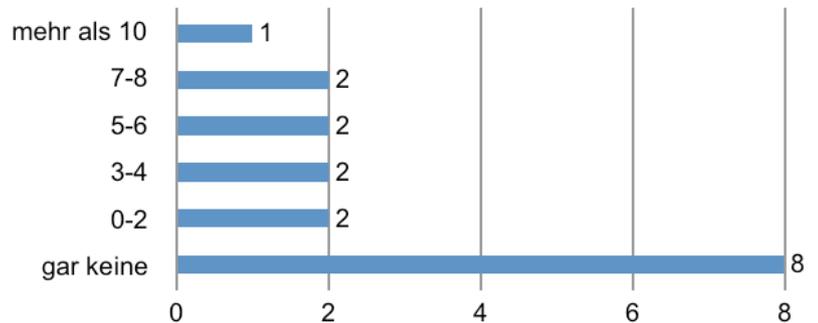
Grafik 12

### Diagnose der Erkrankung



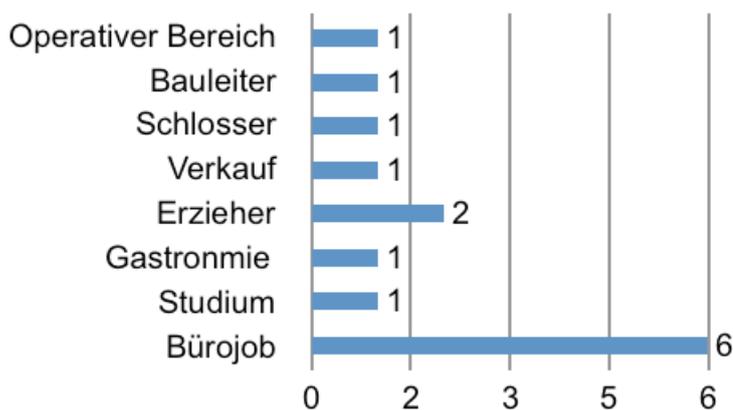
Grafik 13

### Durchfälle in den letzten 7 Tagen



Grafik 14

### Berufsgruppen



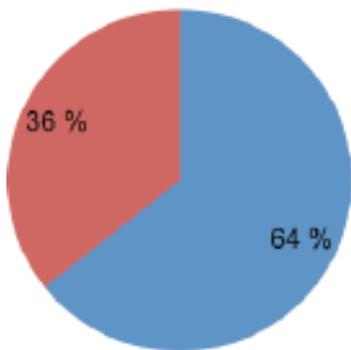
Grafik 15

### Vergleich der Berufsbilder



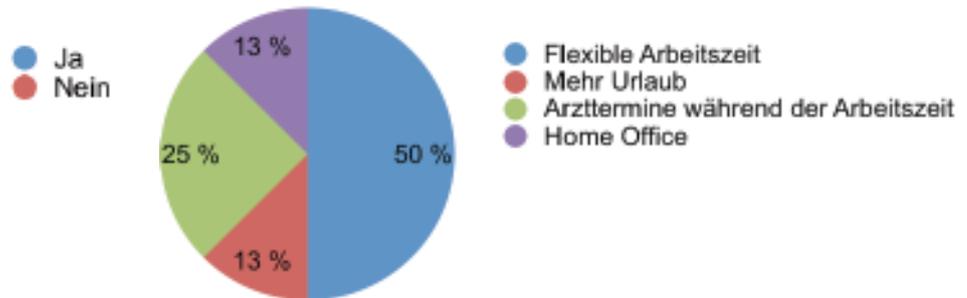
Grafik 16

### Unterstützung durch Arbeitgeber



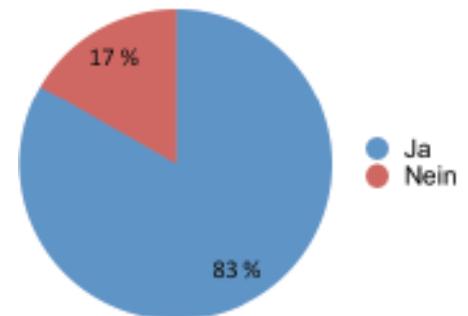
Grafik 17

### Unterstützung durch ...



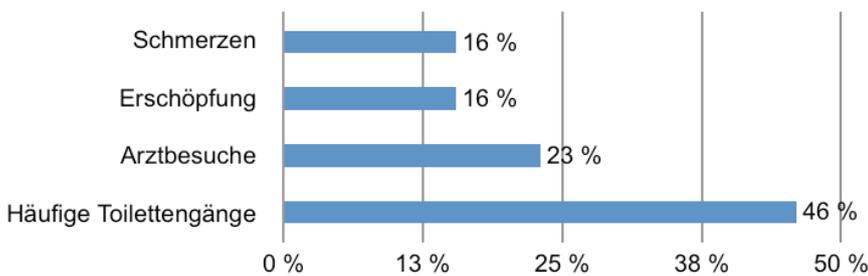
Grafik 18

### Unterstützung durch die Familie



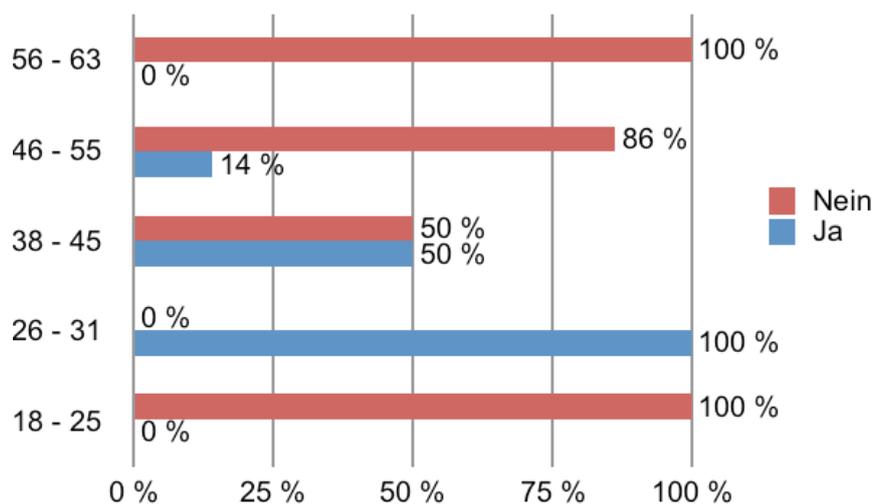
Grafik 20

### Beeinträchtigung im Arbeitsleben



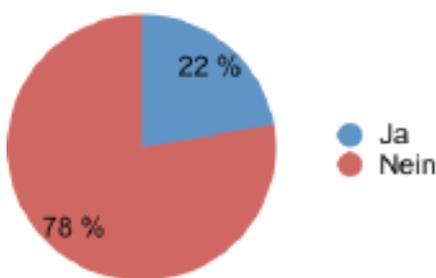
Grafik 19

### Abwendung nach Altersgruppe prozentual



Grafik 22

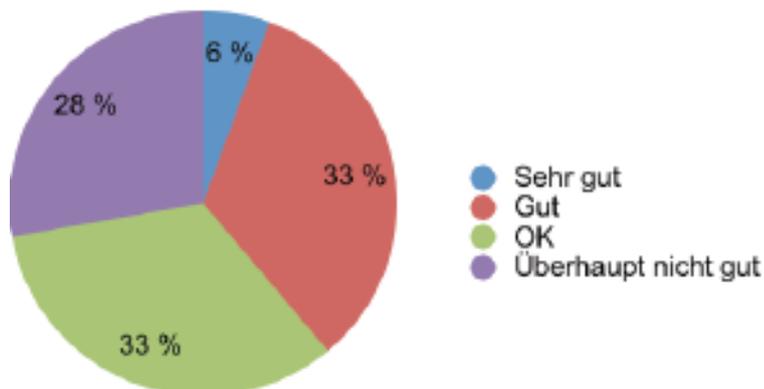
### Haben sich Freunde abgewendet?



Grafik 21

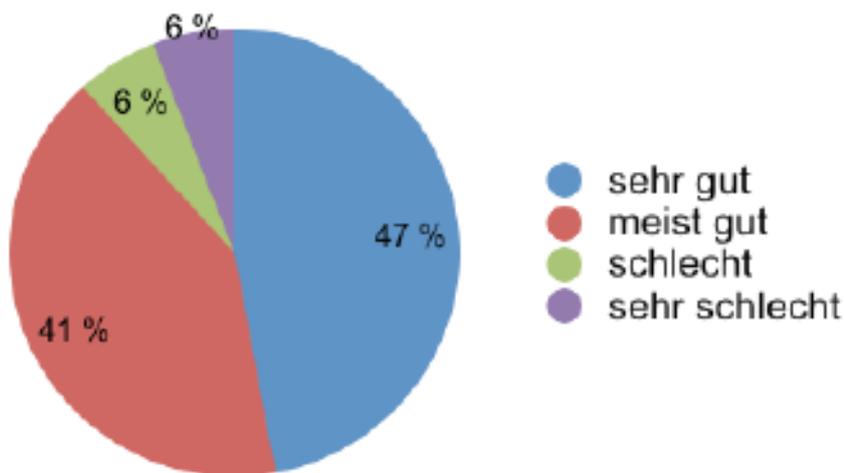
Grafiken: Sabrina Dittmeyer

## Wie gut kommen CED-Patienten mit ihrer Erkrankung zurecht



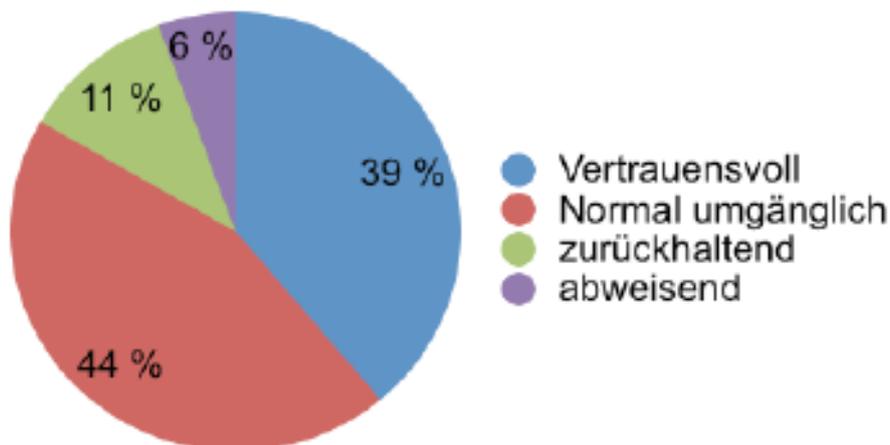
Grafik 23

## Empfindung der Patienten über die Behandlung beim letzten stationärem Aufenthalt



Grafik 24

## Empfindung der CED-Patienten des Verhaltens von Pflegekräften



Grafik 25

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

**Diakonisches Institut für Soziale Berufe**  
 Frau Birgit Muth  
 Bodelschwingweg 30  
 89160 Dornstadt  
 Tel.: + 49 73 48 98 74 0  
 Fax: + 49 73 48 98 74 30  
 E-Mail: [info@diakonisches-institut.de](mailto:info@diakonisches-institut.de)  
[www.diakonisches-institut.de](http://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](mailto:Andrea.Schmidt-Jungblut@daa.de)  
[www.daa-kassel.de](http://www.daa-kassel.de)

**Bildungszentrum Ruhr**  
 Campus der St. Elisabeth Gruppe  
 Sekretariat Fr. Marion Lach  
 Widumerstr. 8  
 44627 Herne  
 Tel.: + 49 2325 986 2738  
 Fax: + 49 2325 986 2739  
 E-Mail: [sekretariat@bildungszentrumruhr.de](mailto:sekretariat@bildungszentrumruhr.de)  
[www.bildungszentrum-ruhr.de](http://www.bildungszentrum-ruhr.de)

**Wannsee-Akademie**  
 Frau Barbara Loczenski  
 Zum Heckeshorn 36  
 14109 Berlin  
 Tel.: 030 / 806 86 412  
 Fax: 030 / 806 86 404  
 E-Mail: [blozenski@wannseeschule.de](mailto:blozenski@wannseeschule.de)  
[www.wannseeschule.de](http://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](mailto:a.holtmann@mathias-spital.de)  
[www.mathias-stiftung.de](http://www.mathias-stiftung.de)

**Wundmitte GmbH**  
 Frau Sabrina Gaiser-Franzosi  
 Gewerbestr. 36  
 70565 Stuttgart  
 Tel.: 0711 508 734 26  
 Fax: 0711 508 734 67  
 E-Mail: [info@wundmitte.de](mailto:info@wundmitte.de)  
[www.wundmitte.de](http://www.wundmitte.de)

**FORUM Gesundheit – Fort- und Weiterbildung**  
 Claudia Stenzel  
 Am Brambusch 24  
 44536 Lünen  
 Tel.: +49 231 98 60 508  
 Fax: +49 231 98 60 509  
 E-Mail: [info@forum-gesundheit-nrw.de](mailto:info@forum-gesundheit-nrw.de)  
[www.forum-gesundheit-nrw.de](http://www.forum-gesundheit-nrw.de)



20./21. November 2020

11. Internationaler Wundkongress

D-A-CH-EE

Universitätsklinikum Regensburg

Franz-Josef-Strauß-Allee 11

D-93053 Regensburg

Telefon: 0941 944-0

Fax: 0941 944-4488

E-Mail: [vorstand@ukr.de](mailto:vorstand@ukr.de)

[www.ukr.de](http://www.ukr.de)

# MagSi<sup>®</sup> FgSKW

STOMA  
KONTINENZ  
WUNDE

MAGAZIN

Die Zeitschrift **MagSi<sup>®</sup> 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<sup>®</sup>**
- 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. 82 · 4/2020



**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@dgifw.de – www.dgifw.de



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



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



**Wannsee-Akademie**  
Ansprechpartnerin: Frau Barbara Loczenski  
Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin  
Tel.: 030/80686 – 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 Sprendlingen  
info@stoma-welt.de / www.stoma-welt.de



**WundMitte GmbH**  
Sabrina Gaiser-Franzosi  
Gewerbestr. 36, 70565 Stuttgart  
info@wundmitte.de / www.wundmitte.de



**FORUM Gesundheit – Fort- und Weiterbildung**  
Claudia Stenzel  
Am Brambusch 24, 44536 Lünen  
E-Mail: info@forum-gesundheit-nrw.de  
www.forum-gesundheit-nrw.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



– Der Klassiker in der 9. Auflage –

Kerstin Protz

## Moderne Wundversorgung

Verlag: Elsevier

April 2019

296 Seiten,

122 farb. Abb., kart.

ISBN 978-3-437-27886-0 € 26,00

Basierend auf adäquater Diagnostik und angepasster Kausaltherapie bietet die moderne, hydroaktive Wundversorgung individuell angepasste Versorgungsmöglichkeiten. Dieses Buch enthält u.a. Informationen zu folgenden Themen:

- Grundlagen über Haut, Hautpflege und Wundarten
- Möglichkeiten und Methoden der Wundreinigung und -spülung
- Phasengerechte Wundversorgung und unzeitgemäße Produkte
- Hygienische Aspekte
- Versorgung von Menschen mit: Dekubitus, Feuchtigkeitsläsion, Ulcus cruris und diabetischem Fußsyndrom
- Ernährung und Schmerz, Aspekte der palliativen Wundversorgung
- Aspekte der Wund- und Fotodokumentation
- Nationaler Expertenstandard „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“
- Verordnung, Erstattung, Kosten und rechtliche Aspekte

Der Markt bietet eine nicht mehr überschaubare Produktpalette. Deshalb finden Sie in der 9. Auflage auf der beiliegenden CD und online:

- Eine beispielhafte Übersicht über Produktgruppen mit Angabe der Hersteller, erhältlichen Größen und Pharmazentralnummern (PZN)
- Assessmentinstrumente, Standards, Wunddokumentationsformulare sowie Patienten- und Angehörigenbroschüren



Prof. med. Dr. med. habil Karl Hecht

## Gesundheit ist mehr als Medizin

Ratgeber für eine ganzheitliche gesunde Lebensführung

Verlag: Spurbuchverlag

1. März 2020, 240 Seiten, Taschenbuch

ISBN 978-3-88778-58-40 € 22,80

Dieses Buch ist ein Ratgeber für eine ganzheitlich-naturverbundene Prophylaxe, die mit einer ganzheitlichen gesunden Lebensführung zur Harmonisierung von Geist, Emotionen und Körper mit der Natur und psychosozialen Beziehungen erreicht werden kann. Die Idee zu diesem Ratgeber kam aus der Resonanz auf meine seit über zwölf Jahren herausgegebenen Gesundheitskalender. Mit dieser Kalenderserie habe ich Wege aufgezeigt, wie man mit einer ganzheitlichen gesunden Lebensweise zufriedenes Gesundsein erreichen und erleben kann.

In zunehmendem Maße vernehme ich Unzufriedenheit über das heutige Gesundheitswesen und mit der Medizin selbst. Die zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitswesens mit der Bezeichnung Gesundheitswirtschaft betrachtet den Patienten als Ressource und die Gesundheit als Ware. Gleichzeitig wird den Ärzten und Ärztinnen die Möglichkeit ihr Qualitätsmerkmal, die ärztlichen Kunst auszuüben, versagt, indem sie an Leitlinien und Bürokratie gebunden zur Marionette degradiert werden. Das bedeutet für jeden, dem seine Gesundheit lieb ist, selbst die Verantwortung für sich zu übernehmen und eine konsequente ganzheitliche gesunde Lebensführung in seinem Alltag einzubauen. Mit diesem Buch möchte ich dazu Anregungen und Empfehlungen geben.



Kerstin Protz

## Resilienz ist erlernbar

Wie Sie durch den Aufbau der inneren Stärke Stress bewältigen, widerstandsfähiger werden und Depressionen vorbeugen

Verlag: Elsevier

16. Juli 2019

161 Seiten, Taschenbuch

ISBN 978-1-08071-75-45 € 12,95

Resilienz – wer sich für eine gesunde und gelassene Lebensführung interessiert, stößt heute unweigerlich auf diesen Begriff. Resilienz bezeichnet die seelische Widerstandskraft, die es Menschen erlaubt, Krisen zu überwinden und gestärkt aus ihnen hervorzugehen. Damit sind nicht nur schicksalhafte Katastrophen gemeint, sondern auch der alltägliche Stress, der uns zuweilen an den Rand eines Burn-Out bringt.

Trauer zulassen, aber nicht in Resignation verharren, sondern das (Selbst-)Vertrauen zum Weitermachen finden – das können Menschen mit hoher „Stehaufmännchen-Kompetenz“.

Doch was besitzen resiliente Menschen, was andere nicht haben? Diese Frage stellt sich die Wissenschaft seit den 1950er Jahren und konnte bislang eine Handvoll Umwelt- und Persönlichkeitsmerkmale identifizieren.

Die frohe Botschaft: Resilienz ist für jeden Menschen erlernbar!

Birgit Eberle gibt nicht nur Einblicke in die Resilienzforschung, bekannte Längsschnittstudien und Erkenntnisse der Epigenetik – sie benennt mit „7 Säulen der Resilienz“ die zentralen Eigenschaften, die eine Persönlichkeit flexibler und widerstandsfähiger gegenüber den täglichen Belastungen und den Schicksalsschlägen machen.

## 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](http://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](http://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.



## Die neuen STOMOCUR®-Ileostomiebeutel mit „Safe and Easy“-Auslass

Für ein **Plus an Komfort** sind die STOMOCUR®-Ileostomiebeutel Protect mit dem neuen „Safe and Easy“-Auslass ausgestattet.

Das **Plus an Komfort** bedeutet:



Einhändige Entleerung und somit leichte Reinigung des Auslasses



Sicherer Verschluss durch „Hook & Loop“-Technologie



Nur 2 x Falten für sicheren Verschluss



„Verstecken“ des Auslasses hinter dem Vlies

Der „Safe and Easy“-Verschluss stellt eine innovative Weiterentwicklung des bisherigen Auslasses dar. Deswegen sind die STOMOCUR®-Ileostomiebeutel

- Protect, Protect konvex, Protect medium konvex,
- Protect Alginat, Protect Alginat konvex,
- Protect MicroSkin, Protect MicroSkin mit Hautschutzing und
- Clic Ileostomiebeutel (Rastring 45, 57, 70)

seit Oktober nur noch mit „Safe and Easy“-Auslass ausgestattet erhältlich.

*For Life Produktions und Vertriebsgesellschaft für Heil und Hilfsmittel mbH*  
Wendenschloßstraße 142  
12557 Berlin  
mail@forlifeprodukte.de  
www.forlife.info  
Hotline:0800 872 24 36(gebührenfrei)

## Erster deutscher Podcast für Stomaträger

**B. Braun** richtet sich mit einer neuen Podcast-Serie an Menschen mit künstlichem Darmausgang

B. Braun hat einen ersten Podcast zur Stomaversorgung für Betroffene und deren Angehörige veröffentlicht. Im ersten Beitrag spricht Jutta Landgraf, gelernte Altenpflegerin und Pflegeexpertin Stoma+Inkontinenz+Wunde, über ihre Arbeit und macht deutlich, was für die Betroffenen und auch behandelnde Stomatherapeuten wichtig ist. „Das Medium Podcast gibt uns die Chance, Experten, aber auch Betroffene selbst zu Wort kommen zu lassen, um ihre Erfahrungen vielen Menschen zugänglich zu machen. Darüber hinaus kann ich mir die Folgen jederzeit und von überall anhören“, sagt Markus Wunsch, Moderator im Stoma-Podcast.

Geplant sind weitere Folgen zu Darmerkrankungen, Alltagsproblemen, Komplikationen und Pflege eines Stomas.

Den Podcast finden Sie bei Spotify, iTunes-Podcast und Deezer, sowie auf der neuen Website [www.bbraun.de/stoma-patienten](http://www.bbraun.de/stoma-patienten). Die neue Website gibt praxisnahe Tipps für den Alltag mit Stoma. Zum umfassenden Service gehören auch Ernährungstipps und eine Liste mit hilfreichen Links. Zu den Podcasts: [www.bbraun.de/stoma-podcast](http://www.bbraun.de/stoma-podcast)



## Hollister Incorporated stellt das neue Design der hydrophilen Einmalkatheter VaPro Pocket™ und VaPro Plus Pocket™ vor

VaPro Pocket und VaPro Plus Pocket Einmalkatheter verfügen nun über ein neues Design der Schutzhülse, die kleiner und ergonomischer geformt ist für ein angenehmeres Einführen. Sie bieten weiterhin den gleichen Schutz durch 100 % berührungsfreie Anwendung, die Verwender bereits kennen. In Kürze wird der neue VaPro Pocket Einmalkatheter den bisherigen VaPro Pocket Einmalkatheter ersetzen und ab Sommer 2020 erfolgt die Umstellung des bekannten VaPro Plus Pocket auf das neue Design. Die Produkte werden in Europa, Nordamerika und in weiteren ausgewählten Ländern verfügbar sein.

Hollister Incorporated ist ein führender Anbieter innovativer Medizinprodukte. Das Angebot umfasst auch ein umfangreiches Portfolio an Kathetern inklusive der hydrophilen VaPro Einmalkatheter mit Schutzhülse und Schutzfolie. VaPro Einmalkatheter gewähren Schutz durch 100 % berührungsfreie Anwendung und helfen, Patienten während des gesamten Katheterisierungsvorgangs vor Keimen zu schützen.

Die Schutzhülse hilft, den Katheter vor Kontakt mit Bakterien in den ersten 15 mm der distalen Harnröhre zu bewahren und das Risiko eines Bakterientransfers in den Harntrakt zu reduzieren. Die Schutzfolie ermöglicht es, den Katheter überall anzufassen und stellt eine Barriere dar, die dabei unterstützt, Keime vom Katheter fernzuhalten. Das neue Design umfasst:

- 50 %\* kleinere und ergonomischer geformte Schutzhülse (\* gemessen an der verarbeiteten Materialmenge)
- Transparente Schutzhülse, um den Katheter gleiten zu sehen
- Diskreteres Verpackungsdesign
- Neuer, einfach zu öffnender und

einfach zu entleerer Auffangbeutel für eine noch hygienischere Anwendung (betrifft nur VaPro Plus Pocket™ Einmalkatheter)

- Neues Design führt zu einer geringeren Abfallmenge

Einhundert VaPro Anwender aus Deutschland, England, Amerika und den Niederlanden haben den neuen VaPro Pocket Einmalkatheter getestet und nach 25 - 30 Anwendungen in einem Online-Fragebogen bewertet.

„Sie fragten nach jeglichem Feedback zur Funktionalität des Produktes, der Verpackung und nach meiner allgemeinen Einschätzung zum Produkt“, sagte Layth, ein VaPro™ Anwender aus England. „Vom ersten Moment an konnte ich den Unterschied und die Verbesserungen nicht nur sehen, sondern auch tatsächlich spüren.“

Das Portfolio der VaPro Einmalkatheter besteht aus einer breiten Palette an Möglichkeiten für Männer und Frauen. Es beinhaltet Einmalkatheter aus weicherem und festerem Material, mit und ohne intergrierten Auffangbeutel. VaPro Einmalkatheter werden auch als diskrete Pocket-Version angeboten: VaPro Pocket und VaPro Plus Pocket Einmalkatheter. In 2020 bringt Hollister Incorporated den VaPro Pocket Katheter mit 40 cm im neuen Design auf den Markt, der mehr Komfort, mehr Vertrauen und mehr Diskretion für Anwender bietet. Weitere Informationen zum VaPro Pocket und VaPro Plus Pocket Einmalkatheter finden Sie hier: [www.hollister.de/vaproneu](http://www.hollister.de/vaproneu)

Lesen Sie vor der Verwendung die Gebrauchsanleitung mit Informationen zu Verwendungszweck, Kontraindikationen, Warnhinweisen, Vorsichtsmaßnahmen und Anleitungen

Anwendervideos finden Sie hier: [www.hollister.de/vaproneu](http://www.hollister.de/vaproneu)

Hollister Incorporated  
Niederlassung Deutschland  
Riesstraße 25  
80992 München  
Tel. 089/99 28 86 - 0  
[www.hollister.de](http://www.hollister.de)  
[beratungsteam@hollister.com](mailto:beratungsteam@hollister.com)

Diese Abbildungen zeigen die Funktion der Schutzhülse anhand der männlichen Anatomie.



Die Schutzhülse hilft, den Katheter vor Kontakt mit Bakterien in den ersten 15 mm der distalen Harnröhre zu bewahren.



Die Schutzhülse hilft, den Katheter vor Kontamination zu schützen.



VaPro Pocket und VaPro Plus Pocket Einmalkatheter jetzt mit einer 50%\* kleineren und ergonomisch geformten Schutzhülse für ein angenehmeres Einführen (\* gemessen an der verarbeiteten Materialmenge)



Abbildungen zeigen das neue diskretere Verpackungsdesign von VaPro Pocket und VaPro Plus Pocket Einmalkatheter.



Die nächste Ausgabe Ihrer

**MagSi® Magazin**

Stoma · Kontinenz · Wunde

erscheint im August 2020

#### 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](mailto:info@fgskw.org)  
Internet: [www.fgskw.org](http://www.fgskw.org)  
ISSN 1863-1975

#### Erscheinungsmo-nate

April, August, Dezember

#### Redaktionsschluss

1. Februar, 1. Juni, 1. Oktober

#### Anzeigen- und Beilagenschluss

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

#### Redaktion + Autorenbeiträge

Brigitte Sachsenmaier  
Ziegelstraße 42, 73084 Salach  
Fax: (07162) 46 04 56  
E-Mail: [brigitte.sachsenmaier@pflegeexperten-wissen.de](mailto:brigitte.sachsenmaier@pflegeexperten-wissen.de)

#### Gestaltung

Spectra – Design Et Verlag  
Eichenstraße 8  
73037 Göppingen  
Tel.: (07161) 789 25  
Fax: (07161) 137 80  
E-Mail: [info@spectra-design.de](mailto: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](mailto: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](mailto:sekretariat@fgskw.org)  
Internet: [www.fgskw.org](http://www.fgskw.org)

#### Abonnement

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

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

#### Zielgruppen

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

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

#### Bankverbindung

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

#### Geschäftsbedingungen

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

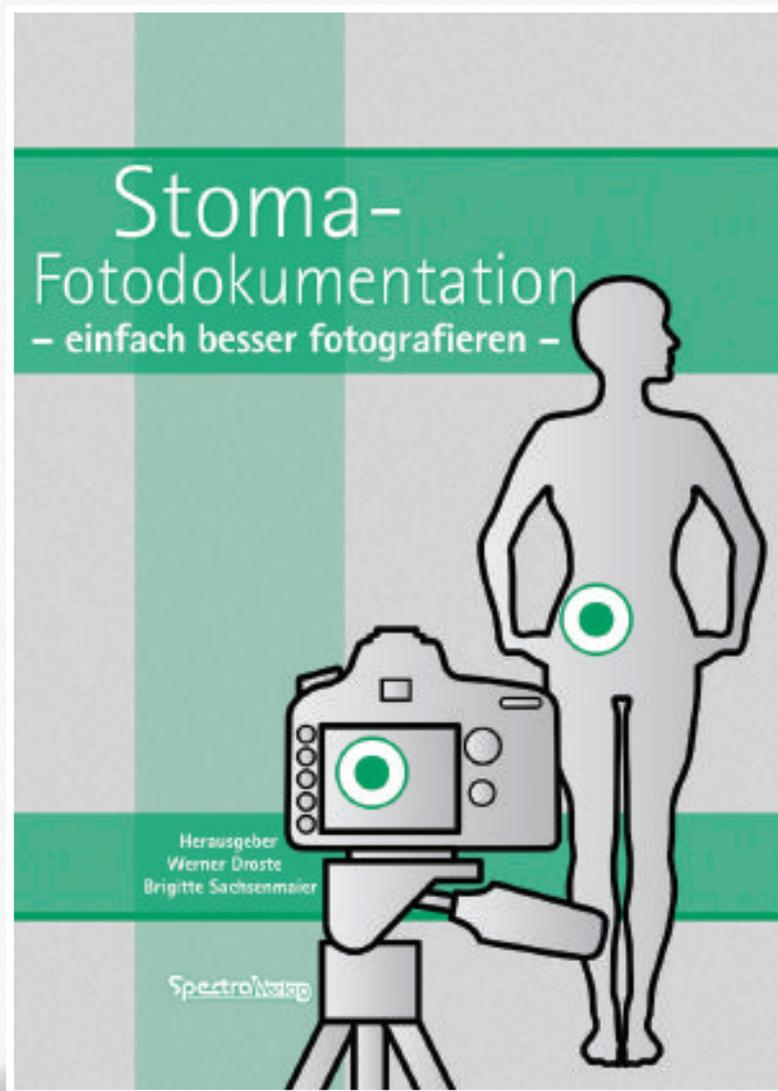
Alle Rechte vorbehalten, auch die des Nachdrucks von Auszügen, der fotomechanischen Wiedergabe und der Übersetzung. Titel geschützt.

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

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

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

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



# Stoma-Fotodokumentation

## – einfach besser fotografieren –

Mit diesem Buch stellen wir allen an der Stomatherapie Interessierten Empfehlungen zur Anfertigung von Stoma-Fotodokumentationen vor. Im Autorenteam haben wir unsere gesammelten Erfahrungen zusammengetragen und anhand aktueller Versorgungssituationen aus der Praxis die besonderen Anforderungen an die fotografische Darstellung vorgestellt.

- Es handelt sich um reale Fallbeispiele
- Es wurden keine „Fälle“ konstruiert, damit sie in dieses Buch passen
- Alle Fallbeispiele werden in einer standardisierten Form dargestellt
- Zu allen Fallbeispielen soll durch die intensive Betrachtung der Fotografien auch immer eine Diskussion angeregt werden um Versorgungsalternativen.

Die Autoren beleuchten aus ihrer jahrelangen, fundierten Erfahrung aus Praxis, Lehre und Berufspolitik das Thema Fotodokumentation aus vielen Richtungen.

14,95 Euro | ISBN 978-3-945583-98-2

Ab sofort erhältlich unter: [www.pflegeexperten-wissen.de](http://www.pflegeexperten-wissen.de) oder bei Amazon

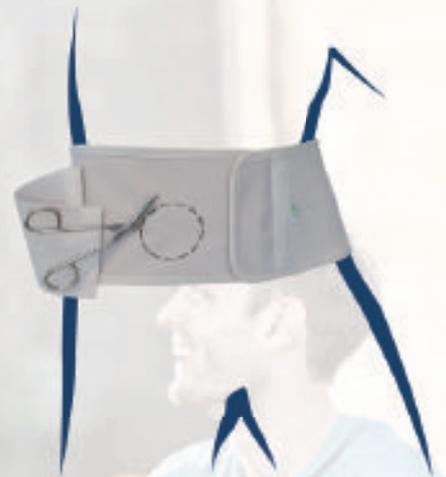


# Stomacare

## EasyCut Plus-Bandage



**Hoher Tragekomfort durch Coolmax-Material  
Schnelle und individuelle Anpassung  
4 Höhen zur Auswahl**



### Spezifikationen



10 cm  
15 cm  
19 cm  
23 cm



Individuell



70 cm  
bis  
140 cm



**COOLMAX**

### Hoher Tragekomfort - individuelle Anpassung

Die EasyCut Plus besteht aus einem atmungsaktiven Coolmax-Material, welches einen schnellen Transport der Transpirationsfeuchtigkeit vom Körper ins Gewebe bewirkt. So bleibt der Körper angenehm trocken – auch bei körperlicher Aktivität. Das EasyCut Plus-Modell aus der Stomacare-Serie ermöglicht eine Bearbeitung direkt vor Ort beim Patienten – sowohl zu Hause als auch in der Klinik – und ist daher besonders für die schnelle Erstversorgung geeignet.

Entsprechend des individuellen Bedarfs können Position, Form und Größe der Stomaöffnung durch den Stomatherapeuten selbst bestimmt und per Einschnitt in den vorgesehenen Bereich an der Bandage vorgenommen werden. Die EasyCut Plus ist auch in ihrem Ursprungszustand – d.h. ohne Stomaöffnung – z. B. bei Anwendung einer Irrigation oder nach Rückverlegung eines Stomas – einsetzbar. Der lichtgraue Farbton bietet auch unter heller Kleidung optimale Diskretion und damit ein weiteres Plus an Lebensqualität.

## 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](mailto:verkauf@basko.com) | Internet: [www.basko.com](http://www.basko.com)

[basko.com](http://www.basko.com)



Detaillierte Info  
unter [basko.com](http://www.basko.com)