

# MagSi®

MAGAZIN



STOMA  
KONTINENZ  
WUNDE

## Das Thema

STOMA BEI PATIENTEN  
mit M. Crohn und Befall  
des Dickdarms und  
des Afters

KREBSREGISTRIERUNG HEUTE:  
zwischen Epidemiologie,  
Qualitätssicherung  
und Forschung

PflegeexpertInnen im  
O-Ton Interview:  
Gaby Ungethüm,  
Pflegeexpertin Stoma,  
Kontinenz und Wunde

## Weiterbildung Aktuell

Abschlusspräsentation  
im Bildungswerk Herne  
am Campus der  
St. Elisabeth Gruppe

# Gemeinsam schaffen wir das Besondere

Bundesweit versorgt die GHD GesundHeits GmbH Deutschland Menschen mit Bedarf an Hilfs-, Reha- und Arzneimitteln im häuslichen Bereich.

Wir unterstützen Sie nicht nur mit hochwertigen Produkten, sondern auch durch umfassende Serviceleistungen.

Lernen Sie uns kennen.



## 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)

 [youtube.com/GHDGesundHeitsGmbH](https://youtube.com/GHDGesundHeitsGmbH)

**GHD | GesundHeits**  
GmbH Deutschland



Ausblick

|                          |    |   |
|--------------------------|----|---|
| DAS THEMA                | 4  | Stoma bei Patienten mit M. Crohn und Befall des Dickdarms und des Anfers              |
|                          | 12 | NET – ein Blick über den Tellerrand   |
|                          | 15 | Stiftung LebensBlicke – Früherkennung Darmkrebs –                                     |
|                          | 16 | Fallbeispiel Platzbauch mit Stuhlfistel – nicht einfach nur eine Diagnose             |
|                          | 18 | Krebsregistrierung Heute: zwischen Epidemiologie, Qualitätssicherung und Forschung    |
|                          | 26 | Für Sie im Gespräch   |
| AKTUELL                  | 31 | Pflegepreis 2022  |
|                          | 32 | Sie möchten Ihre fortlaufenden Aktivitäten zur eigenen Fortbildung nachweisen können? |
|                          | 34 | FgSKW Web-Seminar   |
| FACHGESELLSCHAFT AKTUELL | 36 | Termine/Kongresse   |
|                          | 37 | Kooperationspartner/Mitgliedsverbände   |
| BUCH-TIPP                | 38 | Buchvorstellung   |
| WEITERBILDUNG AKTUELL    | 39 | Abschlusspräsentation im Bildungswerk Herne am Campus der St. Elisabeth Gruppe        |
| SCHAUFENSTER             | 40 | Neuigkeiten bei Produkten und Dienstleistungen  |
| IMPRESSUM                | 42 | Impressum/Vorschau nächste Ausgabe  |

Liebe Leserinnen und Leser,

seit 2 Jahren hat uns Corona fest im Griff und wir sehnen uns danach, dass wieder etwas Normalität in den Alltag einkehrt. Wenn man die Entwicklungen beobachtet, dann gibt es zwar noch keine Entwarnung, aber wir lernen mit der Pandemie (oder vielleicht bald Epidemie) zu leben.

Und dann entsteht plötzlich eine ganz neue Gefahr – aus dem „Nichts“. Mitten in Europa fängt ein Krieg an und wir merken, wie fragil unser Dasein ist, unsere Existenz mit all dem, was wir für uns aufgebaut haben in dieser Welt, was wir für selbstverständlich gehalten haben.

Hoffen und vertrauen wir darauf, dass wir weiterhin mit Geschlossenheit und Mut zusammenstehen für die unschätzbare Freiheit und den Frieden.

Ihre MagSi® Redaktion

**Herausgeber**

**Mitgliedsverbände**

**Kooperationspartner**

Titelmotiv: AdobeStock © Matthias

# STOMA BEI PATIENTEN mit M. Crohn und Befall des Dickdarms und des Afters

*Iesalnieks I.  
Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie,  
Evangelisches Krankenhaus Kalk  
Köln*

## ■ Einleitung

**D**ie meisten Patienten mit M. Crohn werden im Laufe ihres Lebens operiert. Gut ein Drittel wird Stomaträger – vorübergehend oder für immer. Besonders hoch ist das Risiko, wenn die Erkrankung den Dickdarm und/oder den After betrifft. Gleichzeitiger Befall vom After und Dickdarm führen zu einer besonders hohen Wahrscheinlichkeit, ein Stoma zu benötigen.

Die Gründe, warum ein Crohn-Patient ein Stoma benötigen könnte, lassen sich in 4 Gruppen einteilen:

- Analfisteln, die sich mit anderen Mitteln nicht mehr adäquat behandeln lassen
- eine schwere Dickdarmentzündung durch M. Crohn (Colitis Crohn)
- als Behandlung von Operationskomplikationen
- als Prophylaxe der Operationskomplikationen.

In dieser Arbeit werden wir uns mit den ersten zwei Gruppen beschäftigen.

Bei der dritten und der vierten Gruppe handelt es sich in allermeisten Fällen um temporäre Ileostomaanlagen.

Weil diese in der Regel nach wenigen Monaten rückgängig gemacht werden können, sind deren Auswirkungen auf das Schicksal des Patienten nicht so tiefgreifend, wie Stomaanlagen bei Patienten mit Analfisteln und/oder schwerer Colitis Crohn.

## ■ Analfisteln

Etwa ein Drittel der Patienten mit M. Crohn entwickelt Fisteln am After. Die Auswirkungen der Analfisteln können sehr unterschiedlich sein: manche verursachen nur selten Beschwerden und diese können auch

leicht sein. Die Patienten leben dann Jahrzehnte lang mit diesen Symptomen und fühlen sich dadurch nicht gestört. Es gibt Analfisteln, die sich durch einfache Operationen (fast) ohne Folgen für den Schließmuskel beseitigen lassen – ähnlich, wie dies bei Patienten ohne M. Crohn der Fall ist. Andererseits können die Analfisteln auch zu ständigen, sehr starken Problemen führen: Schmerzen, Inkontinenz und Nässen. Als Grundsatz gilt: ist der Enddarm entzündet (Proktitis), so lassen sich auch die Fistelbeschwerden wesentlich schlechter kontrollieren.

Die Behandlung der Grunderkrankung (also die Crohn-Therapie) ist dann wesentlich wichtiger, als die Operationen an der Analfistel selbst. Es ist auf jeden Fall sehr wichtig, die Analfisteln von einem spezialisierten Proktologen anschauen zu lassen, weil nur dieser zwischen einfachen und komplizierten Fisteln unterscheiden kann.

Eine MRT-Untersuchung allein ist da nicht ausreichend, insbesondere auch deswegen, weil Radiologen selten über ausreichende Kenntnisse zu Fistelanatomie verfügen.

Eine spezielle Form der Analfisteln sind die rektovaginalen (oder: anovaginalen) Fisteln. Sie führen zu Luft und /oder Stuhlabgang über die Scheide. Wie auch bei sonstigen Analfisteln hängt die Schwere der Symptome sehr stark davon ab, ob gleichzeitig eine Proktitis vorliegt. Ohne Proktitis können die Symptome so leicht sein, dass die Patientinnen damit gut klarkommen. Mit einer Proktitis dagegen können diese unerträglich sein. In einem MRT können die rektovaginalen Fisteln leicht übersehen werden, weil sie sehr kurz sind (2-3mm). Auch hier gilt: bei entsprechenden Symptomen müssen Patientinnen von spezialisierten Proktologen untersucht werden.

Grundsätzlich sind die rektovaginalen Fisteln mit operativen Maßnahmen besonders schwer zu kontrollieren. Jegliche Operationsmethoden führen oft zum Wiedereröffnen der Fistel. Je stärker der Dickdarmbefall, desto schlechter die Operationsergebnisse. Die rektovaginale Fistel ist ein besonders häufiger Grund, ein Stoma für immer anzulegen.



**Abbildung 1**

*Patient mit einem sehr schweren Befall des Afters. Auf beiden Seiten des Afters sind multiple Narben, Schnitte und Fistelöffnungen zu sehen. Der After selbst ist ebenfalls verzogen und vernarbt. Der Patient klagte über ständige Schmerzen, nahm Cannabis, wurde alle paar Wochen operiert, war inkontinent. Schließlich war er mit der Stomaanlage einverstanden, stimmte der Rektumexstirpation jedoch nicht zu. Er erhielt ein endständiges Kolostoma.*

### Stoma für immer oder temporär?

Manche Analfisteln können zu einer so starken Schädigung des Afterbereichs führen, dass ein normales Leben nicht mehr möglich ist (Abb. 1). Viele Ärzte empfehlen ihren Patienten in solchen Situationen eine „vorübergehende“ Anlage des Stomas. Die Fistel soll „schon mal austrocknen“. Diese Maßnahme führt selbstredend kurzfristig zu einer Besserung: Schmerzen und Ausfluss verringern sich rasch. Allerdings werden die Patienten dadurch nur selten vollständig beschwerdefrei – gewisse Schmerzhaftigkeit und Ausfluss bleiben. In manchen Fällen sind die Symptome immer noch stark, so dass die Patienten trotz Stomas Opiate oder Cannabis-Präparate einnehmen. Die Patienten werden mit der „vorübergehenden“ Stomaanlage aber auch ein wenig auf die „Wartebank“ geschoben. Es stellen sich dann die Fragen: was nun? Und: was ist das Kriterium, um das Stoma zurück zu verlagern.

Leider kommt es bei über 80 % der Patienten binnen eines Jahres nach der Rückverlagerung zum Wiederaufflammen der Beschwerden, meistens mit gleicher Wucht. Unter dem Strich kann das Stoma nur bei etwa der Hälfte der Patienten überhaupt zurückverlagert werden. Weil ja eine „vorübergehende“ Anlage versprochen wurde, leiden die Patienten

dann besonders darunter, dass das Versprechen nicht eingelöst wird und sie mit Ungewissheit leben müssen. Dadurch dass die „vorübergehenden“ Stomata meist doppelläufig angelegt werden, führt der zunehmende Überlauf auch zu immer mehr Beschwerden am After – das Stoma erfüllt also immer weniger seinen Zweck, die Beschwerden zu mildern. Gut 70 % der Patienten mit temporärer Stomaanlage wegen Analfisteln werden also

unter dem Strich zu permanenten Stomaträgern.

Es empfiehlt sich daher, alle Versuche zu unternehmen, die durch die Analfisteln bedingten Beschwerden ohne Stomaanlage in den Griff zu bekommen. Die wichtigste Maßnahme ist dabei die Kontrolle der Dickdarmentzündung (der Colitis Crohn), die in besonders schweren Fällen oft vorliegt. Das bedeutet fast immer die biologische Therapie: Infiximab, Ustekinumab, Adalimumab u.a.

Die biologische Therapie mit Antikörpern, die gegen verschiedene Entzündungsmoleküle (TNF, Interleukin 23, JAK 1 u.a.) gerichtet sind, wird seit 1999 eingesetzt. Sie können bei Patienten mit M. Crohn und speziell Analfisteln erstaunlich starke Wirkung entfalten und zu einer beinahe Beschwerdefreiheit führen. Andererseits kann die Wirkung ganz ausbleiben oder zu gering sein, oder im Laufe der Zeit stark nachlassen. Die meisten Antikörper werden entweder alle 8 Wochen intravenös oder alle 2 Wochen subkutan appliziert. Bei Bedarf werden die Abstände zwischen den Gaben verkürzt. Es existieren mittlerweile aber auch biologische Therapien, die täglich oral eingenommen werden können.

Die biologische Therapie ist insgesamt nebenwirkungsarm (kein Vergleich zu Steroiden!). Zu Nebenwirkungen gehören Allergien, Hauterkrankungen

(Psoriasis, Akne), Gelenkbeschwerden und Infektanfälligkeit.

Gelingt es nicht, bei Patienten mit Analfisteln die Dickdarmentzündung (die Colitis) zu beherrschen, so ist es dann auch unwahrscheinlich, die Afterbeschwerden lindern zu können. In akuten Situationen können Abszessspaltungen, Fadendrainagen und Antibiotika etwas „Luft verschaffen“, damit die biologische Therapie ihre Wirkung entfalten kann.

Gelingt es nicht, die Analfistelnbedingten Symptome auf ein akzeptables Maß zu reduzieren, so sollte man den Patienten mit dem Thema „Stoma für immer“ konfrontieren. Dies ist psychologisch sicher ein schwerer Moment in der Arzt-Patienten-Beziehung, weil er ein „Scheitern“, ein „Versagen“, ein „Aufgeben“ markiert. In dieser Situation ist es wichtig, dass der Patient und sein behandelnder Arzt nicht allein gelassen werden. Der Patient sollte die Möglichkeit bekommen, noch mit in CED-Fragen kundigen Chirurgen, Stomatherapeutinnen und Pflegekräften zu sprechen. Das Aufzeichnen verschiedener positiver (!) Perspektiven, die für diese Patienten die endgültige Stomaanlage bringen kann, sollte die Entscheidung leichter machen. Was einem Arzt dabei wirklich hilft, ist die Überzeugung, dass es dem Patienten danach auf jeden Fall besser gehen wird, als vorher. Nach 20 Jahren Crohn-Chirurgie darf ich behaupten, dass es kaum Patienten gibt, die die endgültige Stomaanlage bereuen.

Zugegeben, viele Patienten können sich über Jahre und sogar Jahrzehnte nicht dazu entscheiden, sich ein Stoma für immer anlegen zu lassen. Die Angst und Überwindung können enorm sein. Das Gefühl, man wird nie mehr „normal“ sein, kann unerträglich sein. Aus meiner Erfahrung hilft es auch wenig, den Patienten ihren schrecklichen Zustand immer und immer wieder vor Augen zu führen. Vielmehr sollte man stets die Perspektive zeigen („Sie werden wieder schmerzfrei leben!“, „Sie werden wieder sauber sein!“, „Ihr Mann/Frau wird Sie nicht abstoßend finden. Umgekehrt: er/sie wird froh sein, endlich aus dieser Ohnmacht rauszukommen, Sie so leiden zu sehen!“). Patienten, die in stabilen Partnerschaften leben, haben es bei dieser Entscheidung und danach

sicherlich wesentlich leichter. Die gemeinsamen Gespräche mit Partnern sind sehr hilfreich in dieser Hinsicht. Doch nicht minder wichtig: man muss den Patienten auch die typischen Komplikationen der Stomaanlage darstellen (s. u.), damit sie diese Risiken bewusst in Kauf nehmen können. Auch sollte man die Empathie aufbringen und dem Patienten die Berechtigung auf Trauer einräumen, ab jetzt lebenslang Stomaträger zu sein. Wie würde man denn sich selbst fühlen, wenn man erführe – es gibt kein Zurück mehr?

### Endgültiges Stoma: aber wie genau?



**Abbildung 2a-c**

Wundheilungsstörungen nach Rektumexstirpation: von gering bis sehr ausgedehnt

Sollte die Entscheidung gefallen sein, wegen Analfisteln ein Stoma für immer anzulegen, so sollten dabei auch

der Enddarm und der After entfernt werden (die sog. Rektumexstirpation). Es ist wahr, dass die Rektumexstirpation eine entstellende, auch für Wundheilungsstörungen (Abb. 2) anfällige Operation ist. Dadurch dass der After zugenäht wird, ändert sich auch das Körperbild (Abb. 3), was eine zusätzliche Bürde ist. Das sollte mit dem Patienten präoperativ unbedingt ausführlich ausdiskutiert werden. Je nachdem, wie stark die Haut um den After durch die Analfisteln geschädigt ist, kann man mehr oder weniger davon erhalten. Reseziert man nur wenig Haut in der Nähe des Analkanals, so bleibt der Anusbereich nach dem Hautverschluss gefaltet und pigmentiert. Wenn man dann nicht „genau“ hinschaut, dann könnte man denken, der After ist noch da.

Diese Art, den Anus zu entfernen ist besonders bei Frauen ratsam, die eine rektovaginale, aber keine andere Analfistel haben. Bei ihnen ist die perianale Haut nicht geschädigt, so dass diese kosmetisch günstigere Option gewählt werden kann. Ist die Haut um den After dagegen sehr stark geschädigt (wie in der Abb. 1, Abb. 3), so muss diese auch entfernt werden und für den Verschluss der Wunde eben nur die gesunde Haut hergenommen werden.

Vor 20-30 Jahren hatten viele Chirurgen aus kosmetischen Überlegungen versucht, den Enddarm zu entfernen, den Analkanal aber zu belassen. Damit sollte das Körperbild nicht beschädigt werden. Leider führte diese Methode oft dazu, dass der Afterkanal sich nicht schloss und über ihm ein chronischer, eitrig sezernierender Hohlraum entstand.

Der behandelnde Chirurg muss auch noch entscheiden: soll nach der Rektumexstirpation ein endständiges Ileo- oder ein Kolostoma angelegt werden? Sollte der Dickdarm proximal (oral) des Enddarms über Jahre entzündungsfrei gewesen sein, so kann ein Kolostoma angelegt werden. Bei Patienten, die neben Analfisteln auch an einer Entzündung des gesamten Dickdarms leiden (Pankolitis!), sollte eine vollständige Entfernung des Dickdarms, des Enddarms und eben des Afters diskutiert werden: die Proktokolektomie. Nach der Proktokolektomie entwickeln sehr viele



**Abbildung 3**

Z.n. Rektumexstirpation bei M. Crohn mit Dickdarmbefall und Analfisteln. Der Patient hatte postoperativ Wundheilungsstörungen entwickelt (wie in der Abb. 2), die spontan nicht verheilten, so dass der Bereich plastisch mit sog. „Cleft lift“ versorgt wurde. Die Wunde heilte aus. Offensichtlich ist die Veränderung des des Körperbildes, die den Patienten allerdings nicht störte.

Patienten lebenslang keine Symptome mehr. Das sollte als Perspektive den Patienten unbedingt aufgezeichnet werden.

So stark die Argumente dafür sind, ein nicht beherrschbares Analfistelleiden mit Hilfe der Rektumexstirpation zu behandeln, man muss es akzeptieren, dass sich manche Patienten dazu nicht überwinden können. Die Anlage eines „vorübergehenden“ Stomas ist in solchen Fällen eine immer noch bessere Lösung, als den Patienten seinem Leiden zu überlassen. In meinen Augen sollte diese Maßnahme aber entsprechend kommuniziert werden. Es sollte nicht versprochen werden, dass das Stoma dann vielleicht doch wieder „erfolgreich“ verschlossen wird. Man sollte dann eher sagen: „Ich akzeptiere ihr Bedürfnis, das Gefühl zu haben, dass es noch immer einen Weg zurück gibt. Wir legen Ihnen jetzt erstmals ein Stoma an, ohne den Enddarm zu entfernen. Wenn Sie dann so weit sind, können wir den Enddarm immer noch entfernen“.

Bei solchen Patienten muss der abgehängte Darm und der After wegen Karzinomgefahr zwingend jährlich endoskopisch, proktologisch und evtl. mit Biopsien kontrolliert werden! Es muss den Patienten auch erklärt werden, dass die jährlichen Kontrollen sie nicht vom Krebs schützen, sondern –

mit ein wenig Glück – das Karzinom in einem frühen Stadium diagnostizieren lassen.

Sollte man sich mit dem Patienten darauf geeinigt haben, zunächst nur ein Stoma – ohne Rektumexstirpation – anzulegen, so sollte es immer endständig angelegt werden, damit die Patienten nicht am Überlauf leiden.

### Komplikationen nach einer Rektumexstirpation

Tatsache ist, dass kaum ein Patient

nach der Rektumexstirpation und lebenslanger Stomaanlage diesen Schritt bereut. Genauso wahr ist es jedoch, dass nach der Rektumexstirpation mit oder ohne Proktokolektomie, in ca. 40-50 % der Fälle Probleme auftreten, die manchmal auch gravierend sein können.

### Wundheilungsstörungen am Damm

Je ausgeprägter die Analfisteln, desto stärker ist auch die Haut um den After geschädigt (Abb. 1). Man hat es also mit einem vernarbten, entzündeten, chronisch infizierten Gewebe zu tun. Eine gesunde Haut ist jedoch eine wichtige Voraussetzung für eine ungestörte Wundheilungsstörung. Die Schädigung der Haut ist jedoch nicht der einzige Grund, warum es nach Rektumexstirpation gehäuft zu Wundheilungsstörungen kommt. Nach der Entfernung des Enddarms und des Afters verbleibt im kleinen Becken zwangsläufig ein Hohlraum, der sich mit seröser Flüssigkeit füllt. Schlimmstenfalls kann sich diese Flüssigkeit chronisch infizieren. Dies ist vor allem dann der Fall, falls der Analkanal belassen wurde (s. o.), kann jedoch auch trotz Entfernung des Analkanals passieren.

Die meisten Wundheilungsstörungen heilen spontan aus – allerdings kann

dies 3-6 Monaten dauern. Zum Glück verspüren Patienten mit Wundheilungsstörungen kaum jemals Schmerzen. Sie berichten lediglich von mehr oder weniger starkem Nässen.

Es existieren verschiedene Taktiken, um den Wundheilungsstörungen am Damm zu begegnen. Manche Chirurgen belassen die Wunde nach der Operation offen und versorgen sie mit einem VAC Verband. Nach einem Intervall wird die Wunde dann mit einem Lappen plastisch versorgt (Abb. 3). Diese Methode ist aufwändig, zugleich aber auch sehr wirksam. Ein komplettes Gegenteil zu diesem Vorgehen ist die sog. intersphinkteräre Rektumexstirpation. Man entfernt dabei nur den inneren Schließmuskel, belässt aber den äußeren. Somit kann der Defekt am Damm verringert werden und die eventuelle Wundheilungsstörung ist dann wesentlich kleiner. Dieses Vorgehen ist jedoch dann problematisch, wenn – wie oben erwähnt – die perianalen Haut sehr stark geschädigt ist. Um einen chronischen infizierten Hohlraum im kleinen Becken zu verhindern, kann man das Omentum majus chirurgisch verlängern und ins kleine Becken platzieren: sog. Omentoplastik oder Omentumplombe.

So häufig die Wundheilungsstörungen am Damm auch sind, es muss festgestellt werden, dass diese kaum jemals ein mit dem Fistelleiden vergleichbares Leiden verursachen. Die Patienten profitieren also von der Rektumexstirpation auf jeden Fall!

### Stomakomplikationen

An dieser Stelle möchte ich nicht auf die anlagebedingten Komplikationen eingehen – Stoma in der Falte, Retraktion, Ausrisse etc. Ich möchte eher die Probleme angehen, die typisch für die Crohn-Patienten sind.

### Stomaprolaps, parastomale Hernie

Viele M. Crohn Patienten, die ein permanentes Stoma nach einer Proktokolektomie und Rektumexstirpation erhalten, sind schlanke Frauen. Diese sind anfälliger für Stomaprolaps. Eine allgemein anerkannte Methode zur Verhinderung des Ileostomaprolapses existiert nicht. Eine Lösung ist die sog.

extraperitoneale Stomaanlage, die im englischsprachigen Raum jahrzehntelang als Standard durchgeführt wurde. Dabei wird das Ileum auf dem Weg zum Stomakanal durch einen Tunnel zwischen dem Bauchfell (Peritoneum) und Bauchmuskulatur geführt.

Die dadurch entstehenden Verwachsungen hindern das Stoma am Prolabieren. Diese Maßnahme ist sehr effektiv, doch möglicherweise wird dadurch auch etwas die Retraktion begünstigt (Abb. 4).



**Abbildung 4**

Ausleiten eines extraperitonealen Stomas. Es wird ein Tunnel zwischen dem Peritoneum und der Bauchdecke gebildet und dadurch das Stoma in den Stomakanal gezogen. (with Permission of Springer Nature)

Parastomale Hernien sind bei Patienten mit endständigem Ileostoma selten ein ernsthaftes Problem. Bei Patienten mit einem endständigem Kolostoma sind sie dagegen die Regel. Weltweit wird noch hitzig diskutiert, ob im Rahmen der Anlage eines endständigen Kolostomas auf irgendeine Art und Weise auch Hernienprophylaxe betrieben werden soll. Eine sichere Methode ist Platzieren eines Netzes, das den auf den Stomakanal zulaufenden Kolonabschnitt abdeckt und auf die Seite drängt (Abb. 5).

Platzieren eines Netzes in der Bauchhöhle kann jedoch zu erheblichen Verwachsungen führen, was im Falle wiederholter Operationen problematisch werden kann. Leider werden M. Crohn Patienten überdurchschnittlich oft operiert, deswegen sollte eine Netzplatzierung bei Ihnen kritisch

bedacht werden. Eine Alternative ist – wie bei Prolaps – die extraperitoneale Stomaanlage.

Zugleich muss bemerkt werden, dass ein endständiges Kolostoma bei M. Crohn Patienten wesentlich seltener angelegt wird, als ein endständiges Ileostoma.

### **Pyoderma gangraenosum**

Das Pyoderma gangraenosum (Abb. 6) gehört zu den schwersten Komplikationen bei CED Patienten mit endgültigem Stoma. Weil das Pyoderma meistens binnen der ersten 2-3 Monate nach der Operation auftritt, trifft es den Patienten besonders hart. Man hat sich schließlich darauf gefreut, endlich gesund zu werden.

Das Pyoderma ist durch folgende Merkmale zu erkennen: schmerzhafte, größer werdende Ulzera mit lividen Rändern. Die ersten Zeichen des Pyodermas sind dunkelrote Knoten am Stoma-

rand, die dann sehr oft für Abszesse gehalten werden. Auch wird fälschlicherweise vermutet, dass diese „Abszesse“ und Ulzera etwas mit den Fäden zu tun haben. Erkennt man das Pyoderma nicht schnell genug als solches, kommt es unter Umständen zu recht ausgedehnten Befunden, welche die Versorgung sehr stark beeinträchtigen.

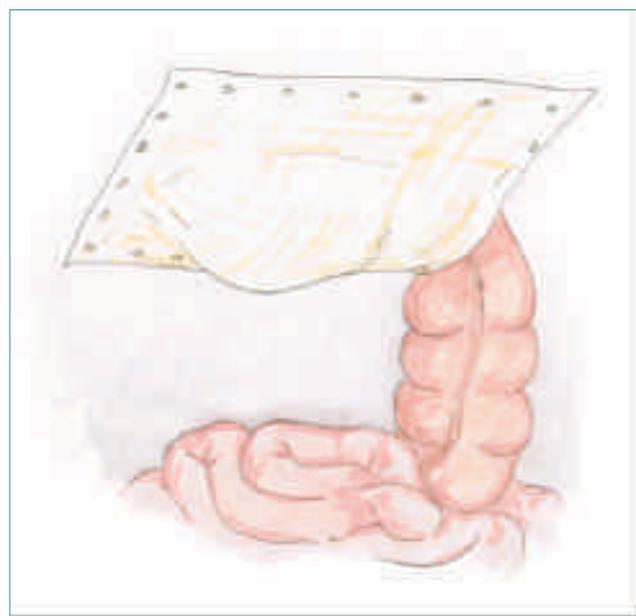
Leider ist bis jetzt nicht bekannt, wie oft ein Pyoderma auftritt und wie man dieses verhindern kann. Vermutlich beträgt die Häufigkeit bei Patienten mit Colitis-Crohn, die ein endständiges Ileostoma erhalten, ca. 10-20%. Das Risiko dürfte bei Patienten höher sein, die früher oder zum Zeitpunkt der Operation an einer Dermatose litten – Psoriasis, Erythema nodosum oder z. B. Pyoderma gangraenosum an den Unterschenkeln. Eine effektive Prophylaxe existiert nicht. Die präoperative Gabe von jeglichen Crohn-Medikamenten verhindert das Pyoderma jedoch nicht.

Die Behandlung des Pyodermas sollte schnell und entschlossen sein. Sie besteht aus Tacrolimus Salbe lokal, systemischen Steroiden und/oder biologischer Therapie mit z. B. Infliximab oder Ustekinumab. Viele Fälle sind gering und leicht behandelbar, doch es gibt auch so schwere Fälle, bei denen das Stoma auf der Gegenseite neu angelegt werden muss. Auf der Abb. 7 ist

eine Patientin zu sehen, bei der mehrfaches Auftreten von Pyoderma gangraenosum zu einer so starken Schädigung der Haut geführt hatte, dass nur durch eine plastische Operation eine zufriedenstellende Versorgungssituation geschaffen werden konnte.

### **Prognose und Lebensqualität**

Die Lebensqualität der M. Crohn Patienten mit Stoma ist noch nicht ausreichend erforscht. Die Angst, Stomaträger



**Abbildung 5**

Prophylaxe eines Stomaprolapses mit Hilfe eines – die sog. Sugarbaker Methode. (with Permission of Springer Nature)



**Abbildung 6a-d**

Zu Beginn der Pyodermie ist lediglich ein rote Knoten zu sehen, der sich dann livide verfärbt und sich in ein Ulkus verwandelt. Unbehandelt kann das Pyoderma sehr ausgedehnt werden (d). Nach Abheilen verbleiben Narben.

zu werden, dominiert die Gedanken vieler Patienten. Zugleich leiden viele Patienten teilweise über viele Jahre vor der Stomaanlage an sehr ausgeprägten Symptomen der Krankheit: Schmerzen, Ausfluss und Inkontinenz bei perianalen Fisteln und an Durchfällen und starkem Stuhldrang. In diesen Fällen sollte die Stomaanlage zu einer wesentlichen Verbesserung der Lebensqualität führen.

Kasperek [1] fand in einer Studie eine etwas bessere Lebensqualität bei Crohn-Patienten mit Analfisteln, nachdem sie Stomaträger wurden, was sich vor allem an dem Rückgang der Symptome bemerkbar machte. In einer anderen Studie [2, 2016] waren die Patienten mit Stoma signifikant häufiger beschwerdefrei als Patienten ohne Stoma, doch die Lebensqualität in beiden Gruppen unterschied sich nicht.



**Abbildung 7a-b**

Patientin, die wegen Colitis Crohn und Analfisteln mehrfach operiert wurde und mehrere Stomata erhielt. Sie hatte auch mehrfach Pyoderma gangraenosum entwickelt. Schließlich fand sich keine geeignete Lokalisation für das Stoma und es konnte nicht mehr versorgt werden. Um eine adäquate Hautumgebung zu schaffen, wurde ein Hautabschnitt vom Oberschenkel entnommen (gestielter Lappen) und um das Stoma gelegt. Das Stoma konnte danach einwandfrei versorgt werden.

Stomaträger hatten nicht mehr depressive und Angstsymptome als Patienten ohne Stoma, jedoch auch nicht weniger. Die Lebensqualität ist jedoch bei Stomapatienten wesentlich schlechter, wenn sie trotz Stomas nicht beschwerdefrei sind! Diese Situation liegt vor, wenn eben nur ein „vorübergehendes“ Stoma angelegt wird, die Analfisteln verblieben sind und weiter Beschwerden verursachen. Auch ein schweres Pyoderma würde die Lebensqualität sehr stark verschlechtern und den Erfolg der Fistelbehandlung konterkarieren. In zwei Studien [Ananthakrishnan, 2013, Knowles, 2013] war die Stomaanlage allerdings mit einer Entwicklung von Depression und Angstsymptomatik bei Patienten mit M. Crohn assoziiert. Eine weitere Untersuchung zeigte, dass die Erinnerungen an die Symptome vor der Stomaanlage die Zufriedenheit danach bestimmen – je ausgeprägter der Leidensdruck vor der Operation, desto höher die Zufriedenheit nach dem Eingriff [5]. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Stomaanlage bei Patienten mit M. Crohn die physische Lebensqualität meist verbessert, während die mentale Verfassung der Patienten durch das jahrelange Leiden und wohl auch die Notwendigkeit ein Stoma zu bekommen stark in die Mitleidenschaft gezogen wird.

### **Kontinentes Ileostoma (z. B. Kock-Pouch)**

Das Thema des kontinenten Stomas soll hier nur skizziert werden. Das kontinente Ileostoma bedeutet, dass ein endständiges Ileostoma durch eine Invagination (Einstülpen) der Darmwand praktisch nicht durchgängig gemacht wird. Dem Stoma wird ein Pouch (eine Art aus dem Dünndarm gebildetem Sack) vorgeschaltet, wo sich der Stuhlgang sammeln kann. Das Stoma kann dann nur noch mit einem Katheter 4-5x/Tag geleert werden. Ein Stomabeutel muss dagegen nicht getragen werden. Der Kock Pouch ist nur eine Art des kontinenten Stomas. Es existieren auch andere, z. B. ein S-Pouch oder Barnett Pouch.

Das kontinente Ileostoma ist in den 60er Jahre beschrieben worden. Er hat seine Popularität deswegen verloren, weil das „normale“ Stoma in den letzten

Jahrzehnten durch die Entwicklung der Stomamaterialien mittlerweile gut versorgbar war. In den letzten 5-10 Jahren hat das kontinente Ileostoma jedoch wieder etwas an Popularität gewonnen.

Das kontinente Ileostoma ist sehr anfällig für Komplikationen, weswegen sehr viele Patienten mehrfach operiert werden müssen. Manche verlieren den Pouch. Die Patienten müssen also präoperativ eine sehr hohe Motivation und Verständnis aufweisen. M. Crohn Patienten mit Dickdarm- und Analbefall sind an sich für diese Maßnahme geeignet, vorausgesetzt, der Dünndarm ist von der Krankheit nicht betroffen. Auch das Übergewicht ist eine Kontraindikation.

### ■ Liste der Begriffe

**CED** – Chronische entzündliche Darm-erkrankungen: M. Crohn und Colitis ulcerosa.

**Rektumexstirpation** – Entfernung des Enddarms und des Analkanals durch eine Operation.

**Proktokolektomie** – Entfernung des gesamten Dickdarms und des Enddarms. Sie kann mit einer Rektumexstirpation oder mit einer Pouchanlage einhergehen.

**Pouch** – wird vor allem bei Colitis ulcerosa Patienten nach Proktokolektomie aus dem Dünndarm gebildet und dient als eine Art Ersatz für den Enddarm. Der Schließmuskel wird erhalten und der Pouch an den Sphinkter genäht. Die Maßnahme wird fast immer von einem protektivem Ileostoma begleitet.

**Pyoderma gangraenosum** – Entzündung der Haut neben dem Stoma. Die Entzündung führt zum Absterben der Haut und Bildung von Ulzera.

**Colitis Crohn** – die strenge Einteilung der CED Patienten in Colitis ulcerosa und M. Crohn ist nicht immer möglich und auch nicht immer nötig. Bei Patienten mit M. Crohn des Dickdarms (im Gegensatz zu M. Crohn des Dünndarms) spricht man gern von Colitis Crohn. Sie ist der Colitis ulcerosa oft sehr ähnlich.

**Proktitis** – Entzündung des Enddarms. Proktitis und Colitis sind nicht als unterschiedliche Erkrankungen zu verstehen. So wie der Enddarm (das Rektum), den letzten Anteil des Dickdarms darstellt, so will man mit dem Begriff Proktitis betonen, dass das Rektum befallen ist. Manchmal spricht man auch von einer Proktokolitis, wenn man betonen will, dass sowohl der gesamte Dickdarm als auch das Rektum betroffen ist. Der Begriff Pankolitis bedeutet im Prinzip das Gleiche – Befall des gesamten Dickdarms inkl. des Rektums. Die Begriffe sind also je nach Situation auch austauschbar.

### ■ Literatur

1. Kasperek MS, Glatzle J, Temeltcheva T, Mueller MH, Koenigsrainer A, Kreis ME. Long-term quality of life in patients with Crohn's disease and perianal fistulas: influence of fecal diversion. *Dis Colon Rectum*. 2007 Dec;50(12):2067-74.
2. Abdalla MI(1), Sandler RS, Kappelman MD, Martin CF, Chen W, Anton K, Long MD. The Impact of Ostomy on Quality

- of Life and Functional Status of Crohn's Disease Patients. *Inflamm Bowel Dis*. 2016 Nov;22(11):2658-2664.
3. Ananthakrishnan AN(1), Gainer VS, Cai T, Perez RG, Cheng SC, Savova G, Chen P, Szolovits P, Xia Z, De Jager PL, Shaw S, Churchill S, Karlson EW, Kohane I, Perlis RH, Plenge RM, Murphy SN, Liao KP. Similar risk of depression and anxiety following surgery or hospitalization for Crohn's disease and ulcerative colitis. *Am J Gastroenterol*. 2013 Apr;108(4):594-601.
4. Knowles SR(1), Wilson J, Wilkinson A, Connell W, Salzberg M, Castle D, Desmond P, Kamm MA Psychological well-being and quality of life in Crohn's disease patients with an ostomy: a preliminary investigation. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2013 Nov-Dec;40(6):623-9.
5. Morris A(1), Leach B(2). A Qualitative Exploration of the Lived Experiences of Patients Before and After Ileostomy Creation as a Result of Surgical Management for Crohn's Disease. *Ostomy Wound Manage*. 2017 Jan;63(1):34-39.

### Korrespondenzadresse:



Prof. Dr.  
Igors Iesalnieks  
Klinik für Allgemein-,  
Viszeral- und  
Gefäßchirurgie  
Evangelisches  
Krankenhaus Kalk  
Buchforststr. 2  
51103 Köln

Tel.: 0221 82892400

E-Mail: [iesalnieks\\_igors@hotmail.com](mailto:iesalnieks_igors@hotmail.com)



Igors Iesalnieks

## Chirurgie des intestinalen Stomas

Verlag: Springer

17. März 2020

137 Seiten, Taschenbuch

ISBN 978-3-66259-12-22 / € 54,99

Alle Aspekte der Chirurgie intestinaler Stomata sind in diesem Buch detailliert und praxisorientiert beschrieben. Ausführlich sind die Technik der Stomaanlage und der Stomarückverlagerung bei endständigen und doppel-

läufigen Ileo- und Kolostomata dargestellt, einschließlich ihrer präoperativen Vorbereitung und der postoperativen Betreuung der Patienten. Die einzelnen Schritte des operativen Vorgehens sind durch instruktive Zeichnungen und Fotografien illustriert. Eigene Kapitel gehen auf die Komplikationen ein, die postoperativ oder im langfristigen Verlauf auftreten können, ebenso das spezifische Vorgehen bei den wichtigsten Indikationen zur Stomaanlage und bei Patienten im Kindesalter. Auch hochaktuelle Verfahren wie das kontinente Ileostoma und die perkutane endoskopische Kolostomie sind berücksichtigt.

## Informationen für Betroffene, Angehörige und Interessierte

### ILCO-Broschüren und -Faltblätter



#### Broschüren

Wir sind da!

Treffen und Kontakte: Die ILCO in Ihrer Nähe

Colostomie / Ileostomie – Ein Leitfaden

Irrigation - Darmspülung bei Colostomie

Urostomie - Ein Leitfaden

Darmkrebs - Die Operation und ihre Auswirkungen

Ernährung nach Stoma- oder Darmkrebsoperation

Lust zum Leben - Erfahrungen von Stomaträgern

Stomarückverlagerung nach Darmkrebs - Und alles ist wieder wie vorher!

Mama, Lars und das Stoma. Ein Stück Leben.

Schlag nach! - Verzeichnis medizinischer Fachbegriffe

Stoma-Wörterbuch - Stomabegriffe in 24 Sprachen

#### Faltblätter

Darmkrebs? Jung? Stoma? Infos für Jüngere

Sie sind nicht allein...

Darmkrebs-Früherkennung - Ein wichtiger Weg

ILCO-Besucherdienst: Betroffene besuchen Betroffene

Angehörige: "Wir sind auch betroffen."

Darmkrebs? Gut informiert bei sozialrechtlichen Fragen

Schwerbehinderte Menschen haben Rechte und Ansprüche auf soziale Hilfen

Hier geht's zum Bestellformular:  
[www.ilco.de/infos/broschueren](http://www.ilco.de/infos/broschueren)

Die Infomaterialien sind  
(wenn nicht anders angegeben)  
kostenlos erhältlich.

# NET

ein **Blick** über

# den Tellerrand



Neuroendokrine Tumore (NET) werden Ihnen in Ihrem Alltag als Stoma- und Wundtherapeuten eher nicht begegnen, aber es handelt sich um eine sehr interessante Krebsart. Die Betroffenen haben sich das Zebra als Logo gewählt: Zebras sind selten in Europa, genau wie die NET. Es trifft 5-6 von 100 000 Einwohnern in Deutschland pro Jahr. Zebras verstecken sich gut: auch die NET werden oft sehr spät erkannt. Ca. 50 % erst, wenn sie metastasiert sind!

**T**ypische Symptome wie Bauchschmerzen, Krämpfe, Durchfälle und Flush (anfallsartige Gesichtsrötung) sind vieldeutig und werden häufig als Reizdarm, Wechseljahresbeschwerden oder psychosomatisch

darm, seltener im Kolon und Rektum), 25 % in der Lunge oder im Thymus und 5 % an allen möglichen Orten, z. B. in der Haut (Merkelzell-Karzinom), in der Blase, der Niere, der Mamma oder den Genitalorganen. Sie entstehen aus den

venanteile besitzen aber auch in der Lage sind, Hormone und andere Botenstoffe herzustellen.

Der Pathologe kann anhand bestimmter Merkmale (z. B. Nachweis von **Chromogranin A** und **Synaptophysin** in der Krebszelle) den neuroendokrinen Charakter erkennen.



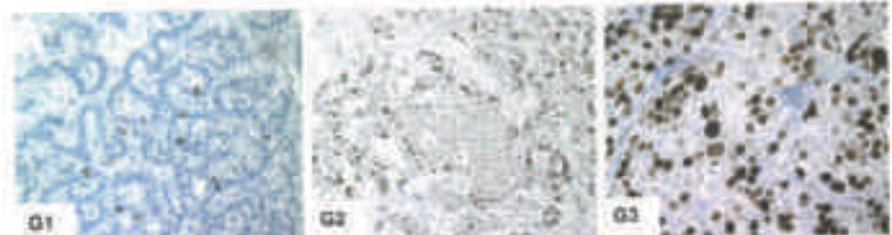
Außerdem bestimmt er den **Ki67-Index**, ein Maß für die Geschwindigkeit der Zellteilung. Dieser ist meist niedrig, so dass NET ein langsames Wachstum aufweisen (G1/G2 mit Ki67 bis 20 %). G3 NEN mit Ki67 > 20 % werden in differenzierte Neuroendokrine Tumore und undifferenzierte Neuroendokrine Karzinome unterteilt. Zu den letzteren zählen die meisten

fehlgedeutet. Und jedes Zebra hat seine ganz individuellen Streifen: jeder Patient hat seine eigene Form und Verlauf der Erkrankung.

Neuroendokrinen Zellen, welche die Vermittler zwischen Nervensystem und Endokrinem System sind, daher Ner-

## Lokalisation von NET und Proliferationsrate

70 % der Neuroendokrinen Tumore treten im Bauchraum auf (überwiegend in der Bauchspeicheldrüse und im Dün-



der seltenen Lokalisationen, aber auch das klein- und großzellige Bronchialkarzinom. Sie werden, falls möglich, operiert, ansonsten mit Chemotherapie behandelt. Auch die Neuroendokrinen Tumore werden primär operiert. Selbst wenn keine komplette Beseitigung von Metastasen möglich ist, lohnt sich oft die Entfernung des Primarius. Gerade die Dünndarm-NET haben die Tendenz, eine Bindegewebsvermehrung im Mesenterium mit der Gefahr des Gefäßverschlusses bzw. des Ileus zu verursachen. Und so ist es oft besser, eine geplante OP durchzuführen als im Notfall nachts operieren zu müssen.

Die meisten NET-Zellen haben an ihrer Oberfläche Rezeptoren für das körpereigene Hormon Somatostatin. Diese macht man sich zu Nutze für die Bildgebung in der Nuklearmedizin (Octreo-Scan, DOTA-PET-CT), aber auch für die Therapie. Somatostatin-Analoga (SSA) werden als monatliche Spritze verabreicht, sie binden an diese Rezeptoren und verhindern dadurch ein Tumorwachstum.

Ca. 25 % der Patienten produzieren in ihren NET Hormone, welche Syndrome verursachen: Insulin (Unterzuckerung), Gastrin (vermehrte Magensäure mit Geschwüren in Magen und Duodenum), Glukagon (Diabetes mellitus, Beinulcera), am häufigsten aber Serotonin (Durchfälle, Flush, Bronchospasmus, im weiteren Verlauf Herzklappenschädigung = Hedinger Syndrom). Die SSA vermindern auch diese Hormonproduktion, was zu einer langanhaltenden Symptomlinderung führt.

Viele Patienten haben trotz Metastasierung über viele Jahre unter SSA einen stabilen Verlauf und eine gute Lebensqualität. Bei Progress kann eine nuklearmedizinische Therapie erfolgen.

in die NET-Zelle einschleusen und diese von innen heraus bestrahlen. Bei Pankreas- oder Lungen-NET kommt auch Chemotherapie infrage, ansonsten auch die Gabe von Everolimus (Tyrosinkinasehemmer) als gezielte Therapie in Tablettenform. Lebermetastasen können auch durch Lokalthherapie mit Laser, Mikrowelle, gezielter Bestrahlung oder Embolisation bekämpft werden. Es gibt zum Glück sehr viele erfolgversprechende Möglichkeiten. Da NET so selten sind, ist das Wissen darüber allerdings nicht überall vorhanden. Es gibt daher die ENETS-Zentren mit Expertise für alle Behandlungsoptionen und NET-Zentren, die spezielle Sprechstunden anbieten. Wichtig ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit der Beratung im Tumorboard, um den richtigen Behandlungspfad zu finden.



Trotzdem ist es wichtig, dass Betroffene auch selbst viel über ihre Erkrankung wissen („Der informierte Patient lebt länger“), sich austauschen können, Rat und Hilfe erhalten, auch für Angehörige.

Zu diesem Zweck wurde der gemeinnützige Verein „Netzwerk NeT e.V.“ ins Leben gerufen. Er zählt nun ca. 1500 Mitglieder und ist in ganz Deutschland sowie dem angrenzenden Ausland aktiv. Regionalgruppen treffen sich regelmäßig (wegen Corona leider im Moment meist virtuell), ein NET-Experte referiert patienten-

wältigung (Psychoonkologie), Ernährung, Sozialrecht, Sport und Krebs auf dem Programm.

Einmal im Jahr findet der **überregionale NET-Tumortag** statt, mit vielen medizinischen Themen rund um NET, aber auch Workshops und einem intensiven Austausch untereinander. Angehörige sind immer herzlich willkommen, da auch sie eine große Last durch die Begleitung ihrer Lieben tragen müssen.



Zweimal pro Jahr erscheint die **Zeitschrift „Diagnose NET“**, mit Fachartikeln, Berichten vom Vereinsleben aber auch Erfahrungsberichten Betroffener. Zudem gibt es viele kostenlose **Informationsbroschüren** zu Themen wie **Ernährung, Psychoonkologie, Soziales und Karzinoidsyndrom (Serotoninxzess)**.



Da es uns ein Anliegen ist, NET bei Ärzten bekannter zu machen (damit die Diagnose früher gestellt wird), schicken wir Informationsmaterial an über 500 Kliniken und Ärzte. Auf der Homepage kann man (fast) alles über NET, Symptome, Diagnostik und Therapie nachlesen, außerdem viele Videos von NET-Experten ansehen und die neuesten Veranstaltungstermine erfahren.

Für persönliche Beratung stehen zwei Sekretärinnen in der Nürnberger Geschäftsstelle zur Verfügung. Ich selbst führe viele Telefongespräche, wenn es mehr um die medizinischen Fragen geht.



Man benutzt Liganden, die nach dem Schlüssel/Schloss-Prinzip an die Somatostatinrezeptoren andocken und radioaktive Elemente (meist Lutetium)

verständlich, anschließend werden Fragen beantwortet und Tipps untereinander ausgetauscht. Oft finden sich auch Themen wie Krankheitsbe-

Auch steht uns ein sehr kompetenter medizinischer Beirat aus NET-Spezialisten mit Rat und Tat zur Seite.

Neben der Wissensvermittlung ist es uns aber auch wichtig, etwas für „Geist und Seele“ zu bieten. So gibt es **Wochenendseminare zur Krankheitsbewältigung oder für Paare**, da die Krankheit das alltägliche Zusammenleben und die Beziehung ständig beeinflusst: wieder das Schöne in der Gemeinsamkeit entdecken, die Liebe und Freude stärken sind wichtige Inhalte, die mit Gesprächen aber auch mit kreativen Ansätzen das Leben mit und trotz NET erleichtern können.

Und dann gibt es noch das **„Pilgern mit NET“**. Jeweils für 1 Woche gehen wir in einer Gruppe von bis zu 14 Betroffenen und Angehörigen jeden Tag ein Stück auf dem Lippischen Pilgerweg. Wir nehmen uns Zeit, die Natur zu entdecken, Weit- und Tiefblicke, Austausch untereinander, aber auch Zeiten der Stille, in denen wir uns und unsere Umgebung noch intensiver wahrnehmen können. Es gibt die Ge-

legenheit zu erfahren, wie jeder mit verschiedenen Umständen umgeht: es kann anstrengend werden, vielleicht erfordert eine Steigung oder ein steiniger Abstieg besondere Aufmerksamkeit, vielleicht merke ich beim Erzählen gar nicht, wie die Zeit vergeht...

All das ist auch Sinnbild des eigenen Lebenswegs. Ein Begleitfahrzeug kann Erschöpfte aufnehmen, die „Nachhut“ passt auf, dass auch alle, die hinter dem Busch verschwinden müssen (Durchfälle), wieder mitkommen. Der Umgang miteinander ist von Rücksichtnahme und Offenheit geprägt, und es gibt sehr viel zu Lachen. Die Abende dienen dem näheren Kennenlernen und der Reflexion des Erlebten, der Beantwortung von Fragen zur Erkrankung, einem Seminar eines Psychoonkologen und von zwei Pilgerbegleiterinnen der Lippischen Landeskirche.

Pläne haben wir noch viele: Seminar für junge Leute mit NET, für Familien mit Kindern, Malen zur Krankheitsverarbeitung... aber da wir alle (bis auf die beiden Sekretärinnen) ehrenamt-

lich arbeiten und die meisten selbst erkrankt sind, dauert die Umsetzung immer ein bisschen. Gut Ding will Weile haben!

Glücklicherweise leben ja die meisten lange mit NET, einige unserer Mitglieder schon, trotz Metastasierung, über 30 Jahre!

Das sind dann unsere „Mutmacher“, gerade für Menschen, die noch unter dem Schock der neuen Diagnose stehen. Die Selbsthilfe bietet gerade bei einer so seltenen Erkrankung eine einmalige Gelegenheit, sich mit ähnlich Betroffenen auszutauschen, viel über die eigene Krankheit zu erfahren und neuen Mut zu fassen.

Falls Ihnen doch einmal ein Zebra über den Weg laufen sollte und Sie dann denken: „Das könnte ein NET sein!“, dann hat dieser Artikel seinen Zweck erfüllt.

*Irmgard Baßler*  
Fachärztin für Innere Medizin  
Vorsitzende Netzwerk NeT e.V.  
[bassler@netzwerk-net.de](mailto:bassler@netzwerk-net.de)  
[www.netzwerk-net.de](http://www.netzwerk-net.de)

**Sanitätshaus Aktuell**  
Unser Lächeln hilft



**Werden Sie Teil  
des Lächelns.**

Als einer der führenden Anbieter für Homecare-Versorgung sind unsere über 90 care teams immer auf der Suche nach neuen qualifizierten Fachkräften. Nutzen Sie jetzt die Chance und werden Teil des Teams in einem unserer Sanitätshäuser mit dem Lächeln.

Mit über 700 Standorten und mehr als 8.000 Fachkräften zählen die Sanitätshaus Aktuell AG und ihre über 480 Mitgliedsbetriebe zu den führenden Dienstleistungsunternehmen der Gesundheitsbranche. Mehr als 500 spezialisierte und examinierte Mitarbeiter in über 90 care teams machen unsere Gemeinschaft auch im Bereich der Homecare-Versorgung zu einem der führenden Anbieter auf dem deutschen Markt. Für eine erfolgreiche Zukunft investieren wir kontinuierlich in qualifiziertes Personal.



[www.sani-aktuell.de/jobs](http://www.sani-aktuell.de/jobs)  
Sanitätshaus Aktuell AG  
Auf der Höhe 50 | 53560 Vettelschoß  
[www.sani-aktuell.de](http://www.sani-aktuell.de)



# Stiftung LebensBlicke

## – Früherkennung Darmkrebs –

Die Stiftung LebensBlicke setzt sich seit 1998 für eine umfassende und seriöse Information der Öffentlichkeit über Möglichkeiten der Darmkrebsvorsorge und -Früherkennung ebenso ein wie für die Motivation zur Teilnahme an den derzeit angebotenen Maßnahmen. Neben der Primär- und Sekundärprävention zählt auch die Tertiärprävention zum Aufgabenbereich. Leben mit und nach Krebs betrifft viele Menschen, die eine Krebserkrankung überstanden haben und weiterer Zuwendung bedürfen.

Zielgruppen der Stiftung sind in erster Linie die Bevölkerung, aber auch Ärzte, Unternehmen, Fachverbände, Gesundheitseinrichtungen und die Industrie. Das seit 2002 geltende

opportunistische Darmkrebs-Screening ist 2019 durch das neue Krebsfrüherkennungs-Registergesetz (KFRG) abgelöst worden. Das bundesweite Einladungsverfahren bietet damit den Anspruchsberechtigten ein deutlich verbessertes Darmkrebsvorsorge-Angebot. Vorausgegangen war bereits 2017 die Einführung des schon lange geforderten immunologischen Stuhltests in die gesetzliche Krankenversicherung. Die Stiftung hat durch ihren Vorstandsvorsitzenden, Professor Dr. Jürgen F. Riemann, im Nationalen Krebsplan der Bundesregierung und in verschiedenen Gremien im gesundheitspolitischen Diskurs mit Entscheidungsträgern an den Grundlagen dieser Gesetzgebung entscheidend mitgewirkt.

Die Stiftung LebensBlicke ist gemeinnützig. Sie arbeitet bundesweit und finanziert sich ausschließlich über Spenden und Zustiftungen. Neben der Öffentlichkeitsarbeit für die Bevölkerung in Form von Print- und elektronischen Medien, Broschüren, Publikationen und bundesweiten Aktionen über ein Netz von Regionalbeauftragten initiiert die Stiftung wissenschaftliche Studien, übernimmt Schirmherrschaften, führt Seminare und Symposien durch und motiviert Ärzte zur Fortbildung. Ein weiteres Ziel der Stiftung ist die Förderung der betrieblichen Gesundheitsvorsorge.

Weitere Informationen unter:  
[www.lebensblicke.de](http://www.lebensblicke.de).

Spendenkonto:  
Sparkasse Vorderpfalz,  
KTO 968,  
BLZ 545 500 10  
IBAN DE22 5455 0010 0000 0009 68,  
BIC LUHSDE6AXXX

Stiftung LebensBlicke  
Früherkennung Darmkrebs  
Vorsitzender des Vorstands  
Prof. Dr. Jürgen F. Riemann

Leiterin Geschäftsstelle  
Pia Edinger  
Schuckertstraße 37  
67063 Ludwigshafen

E-Mail: [stiftung@lebensblicke.de](mailto:stiftung@lebensblicke.de)  
Tel.: 0621 – 69 08 53 88  
Fax: 0621 – 69 08 53 89

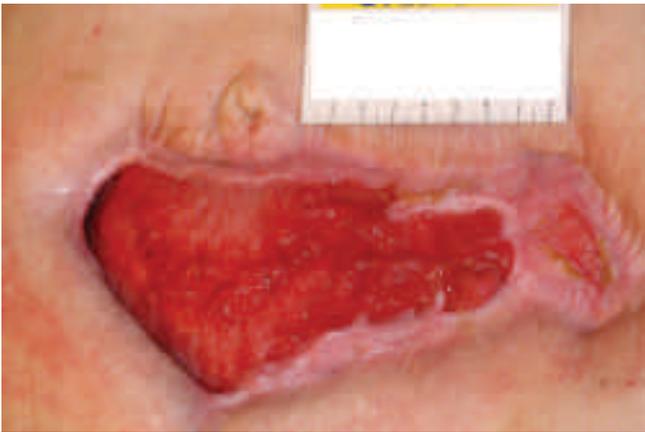


Bild: Prof. Dr. J. F. Riemann – © Sabine Kast



# Fallbeispiel

## Platzbauch mit Stuhlfistel



2007 wurde ich gebeten, eine Wundversorgung zu begutachten. Der Patient wurde zu diesem Zeitpunkt 3x täglich von einem Pflegedienst versorgt. Dies fand seit gut zwei Monaten statt und die Krankenkasse wollte wissen, ob dies so sein muss. Der behandelnde Hausarzt (Internist, Schwerpunkt Diabetologie) wollte dies auch wissen und bat um Vermittlung eines „Wundmanagers“.

Es handelte sich um einen Platzbauch mit Stuhlfistel nach operativer Versorgung eines perforierten Ulcus ventriculi. Der Pflegedienst reinigte die Wunde mittels Wasser und deckte das Ganze mit Saugkompressen ab.

Versuche, die Wunde ausschließlich mit konvexen Stomasystemen/moderner Wundversorgung so zu versorgen, dass der Patient wieder

an Lebensqualität gewinnt, mussten scheitern. Auf Granulationsgewebe haftet nichts und so verbreitet sich der Stuhl des Patienten immer über die gesamte Wunde und Umgebung. Der Patient war „froh“, die Operation „überlebt“ zu haben, und wollte

lieber mit der Stuhlfistel leben und lehnte daher eine Operation ab.

Nach Rücksprache mit meinen Kollegen von der Uni Göttingen beantragte ich in Abstimmung mit dem Hausarzt die V.A.C.-Therapie und wir erhielten die Genehmigung über insgesamt 9 Monate. In dieser Zeit stellten wir den Patienten einmal in der MHH vor, die unsere Vorgehensweise als alternativlos (zur Operation) bestätigte. (Heute müsste der Internist/Diabetologe diese V.A.C.-Therapie selbst durchführen. Ohne je eine V.A.C.-Therapie schon einmal angelegt zu haben. Wir Experten, die bereits Erfahrung und vor allem das

Wissen und Können besitzen, dürfen es nicht mehr. Verkehrte Welt in Deutschland).

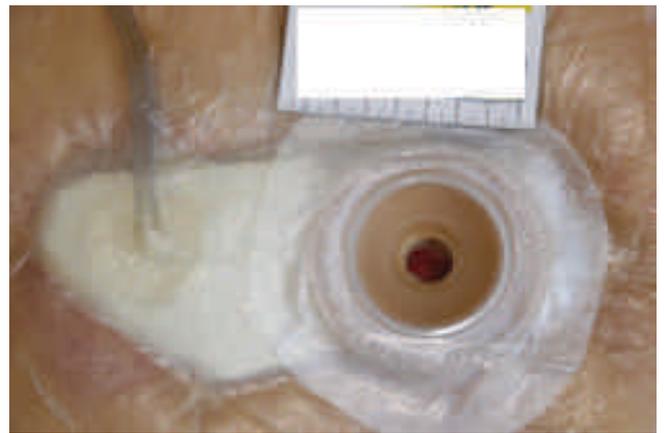
### *Problem:*

Die Lage der Fistel (unterhalb des Sternums) muss als sehr ungünstig bezeichnet werden. Das einfache Heben und Senken des Brustkorbes durch die Atmung stellte die V.A.C. schon vor Probleme, welche durch Husten natürlich verstärkt wurden. Auch die Rastringgröße/Außenmaß darf als gerade noch so (eine Unterfütterung war notwendig) betrachtet werden. Der Thorax des Patienten setzt hier Grenzen.

Die nachfolgenden Bilder sollen hier einen Eindruck in die Problematik geben.

Nach 9 Monaten V.A.C.-Therapie hatte sich genügend Epithelgewebe gebildet, um nun mit einer konvexen





Stomaversorgung die Fistel und übriges mit Foam/Hydrofiber versorgen zu können.

Dabei konnten wir es erreichen, die Angehörige so weit anzulernen, dass sie die Versorgung übernehmen konnte. Ein weiterer Gewinn an Lebensqualität.

Die Versorgung „hielt“ gut einen Tag und der Patient konnte am gesellschaftlichen Leben teilnehmen.

Im Übrigen hatte er zu keiner Zeit nach Entlassung aus dem Krankenhaus Schmerzen betreff der Wundsituation verspürt.

*2012, 5 Jahre später:*

Dem Patienten ging es weiterhin „gut“. Eine Operation wollte er weiterhin nicht. Einmal täglich muss die Versorgung komplett erneuert werden. Kleinere Defekte treten immer

wieder mal auf. Ursache ist einfach: Der Stuhl findet immer wieder einen Weg nicht in den Stomabeutel „zu müssen“.

*Eckart Schuster  
Dorfstr.1*

*31622 Heemsen*

*Tel.: +49 5024 981 32 32)*

*Das mobile Wundzentrum*

*(<https://dasmobilewundzentrum.de/>)*

*info@eckart-schuster.de*

## Werben auch Sie neue Mitglieder für die FgSKW!

*Info und Beitrittsformular unter:*

[www.fgskw.org/unseremitglieder](http://www.fgskw.org/unseremitglieder)



*Für eine starke Gemeinschaft in der Pflege!*

# KREBSREGISTRIERUNG HEUTE:

## zwischen Epidemiologie, Qualitätssicherung und Forschung

Die Rolle der Krebsregister hat in Deutschland über die Jahrzehnte einen deutlichen Wandel erfahren: Ging es zunächst vor allem um die Aufgabe, im Sinne von „Cancer Control“ die Entwicklung der Inzidenz von Krebserkrankungen im Blick zu behalten, haben sich die Register inzwischen zu Instrumenten der Evaluation von Präventions- und Früherkennungsmaßnahmen und der Beschreibung der Ergebnisqualität der Versorgung entwickelt.

Inzwischen sind Krebsregister in ganz Deutschland flächendeckend tätig und zuständig für die Qualitätssicherung der onkologischen Versorgung. Neben Auswertungen auf Bevölkerungsebene werden auch einrichtungsbezogene Daten verglichen und analysiert. Gleichzeitig hat der inzwischen deutlich erweiterte Datensatz ein großes Potenzial für verschiedene Bereiche der Forschung.

Ein aktueller Gesetzentwurf des Bundes will die Rahmenbedingungen für die wissenschaftliche Nutzung weiter verbessern. Der vorliegende Artikel beschreibt die wichtigsten Perspektiven und Ziele für die Krebsregistrierung in Deutschland.

### Die Entwicklung der Krebsregistrierung in Deutschland von 1900 – 2020

In fast allen wirtschaftlich entwickelten Ländern existieren mittlerweile bevölkerungsbezogene Krebsregister. Hierdurch ergibt sich für Krebs eine deutlich bessere Datenlage als für andere nicht-übertragbare Erkrankungen mit ähnlich hoher Krankheitslast (z. B. Diabetes

mellitus, koronare Herzkrankheit). In Deutschland gehen die Vorläufer der bevölkerungsbezogenen Krebsregistrierung zurück bis ins Jahr 1900, als Ernst von Leyden, damals Direktor der I. Medizinischen Klinik der Charité, im Auftrag der preußischen Regierung eine systematische Befragung zu Krebserkrankungen unter allen Ärzten in Preußen organisierte. Es blieb jedoch zunächst bei dieser einmaligen Studie, auch weil

der Erkenntnisgewinn damals wahrscheinlich begrenzt war. Die Erhebung gilt dennoch als eine Art Geburtsstunde der organisierten und staatlich unterstützten Krebsforschung.

In den kommenden Jahrzehnten gab es national und international immer wieder Aktivitäten in diese Richtung. Das weltweit erste epidemiologische Krebsregister wurde 1926 in Ham-

burg aufgebaut, musste allerdings zwischenzeitlich (u. a. kriegsbedingt) seine Arbeit einstellen.

In den kommenden Jahrzehnten konnten sich zunächst vor allem in Europa und den USA bevölkerungsbezogene Krebsregister auf regionaler, zum Teil auch nationaler Ebene etablieren.

Die Register wurden zu einem wichtigen Element von „Cancer Control“, worunter alle Maßnahmen verstanden werden, die dazu beitragen, die Krankheitslast an Krebs zu verringern. Insbesondere Daten zu Inzidenz- und Überlebensraten dienen dazu, Forschungsbedarf aufzuzeigen, Maßnahmen zu priorisieren und den Erfolg dieser Maßnahmen auf Bevölkerungsebene zu objektivieren. Daneben erfüllten sie eine Wächterfunktion bezüglich regionaler Häufungen oder steigender Inzidenzraten bei einzelnen Krebsdiagnosen.

Das dänische Krebsregister wurde 1942 als erstes nationales und verpflichtendes Register gegründet und ist bis heute ununterbrochen aktiv. Auch in der ehemaligen DDR wurde bereits relativ früh – im Jahre 1952 – mit der Erfassung von Tumorerkrankungen begonnen. Dieses Register wurde ab 1994 als Gemeinsames Krebsregister der neuen Bundesländer und Berlins weitergeführt. Im westlichen Teil Deutschlands gab es zwar Vorschläge in diese Richtung, doch ein bundesweites nationales Krebsregister wurde nicht eingerichtet. Es blieb zunächst bei einigen regionalen Aktivitäten. Für rund zwei Jahrzehnte war das 1967 gegründete Saarländische Krebsregister in der früheren Bundesrepublik die wichtigste Informationsquelle für die Entwicklung der Krebsinzidenz und der Überlebenschancen nach Krebserkrankung in den westlichen Bundesländern. Erst Mitte der 1980er Jahre kamen weitere Register dazu (Regierungsbezirk Münster) bzw. nahmen ihre Arbeit wieder auf (Hamburg) (siehe Abb. 1).

1994 wurde für Gesamtdeutschland das erste Bundeskrebsregistergesetz (mit auf 5 Jahre begrenzter Gültigkeit) beschlossen. Es verpflichtete die Bundesländer, epidemiologische Krebsregister einzurichten. So wurde um das Jahr 2000 herum in den meisten



Abb. 1 | Zeitreihe Krebsregistrierung in Deutschland

Bundesländern mit der Erfassung von Krebserkrankungen begonnen. Seit der Neugründung des Krebsregisters Baden-Württemberg im Jahr 2009 ist die Krebsregistrierung in Deutschland flächendeckend. Mit der Einführung des ersten organisierten Krebsfrüherkennungsprogramms in Deutschland (Mammographie-Screening, je nach Region zwischen 2005 und 2009) wurden die Register außerdem zu einer wesentlichen Datenquelle für die Evaluation von Früherkennungsmaßnahmen.

Parallel zur Ausbreitung der bevölkerungsbezogenen Krebsregister in die Fläche hatte sich vor allem in den neuen Bundesländern und in Bayern, aber auch an großen Tumorzentren in anderen Bundesländern, eine weitere Form entwickelt: die klinischen Krebsregister. Der Unterschied besteht im wesentlichen in ihrer Funktion. Die klinischen Register dienen in erster Linie der Qualitätssicherung in der Versorgung. Sie unterstützen die onkologische Versorgung auch direkt, beispielsweise durch Bereitstellung von Daten früherer Behandlungen in Tumorkonferenzen. Die Erfüllung dieser Aufgaben erfordert einen, im Vergleich zur epidemiologischen Krebsregistrierung,

wesentlich umfangreicheren Datensatz, der auch detaillierte Angaben zur Therapie und zum Verlauf der Erkrankung umfasst.

Im Rahmen des Nationalen Krebsplans wurde aus dieser zunächst regionalen Variante ein bundesweiter Standard. Das Krebsfrüherkennungs- und -registrierungsgesetz (KFRG) verpflichtet die Länder seit 2013 erstmals dazu, einheitliche Datensätze zu Therapie und Krankheitsverlauf bevölkerungsweit und sektorenübergreifend zu erfassen. Finanziert wird dies überwiegend von den Krankenkassen. In den meisten Bundesländern wurden integrierte klinisch-epidemiologische Register geschaffen und auch in den anderen Regionen werden die Daten gemeinsam genutzt.

### Aktuelle Aufgaben bevölkerungsbezogener Krebsregister

Die klassische Aufgabe des „Zählens“ von Neuerkrankungen (Inzidenz) in einer Bevölkerung hat nichts an Aktualität eingebüßt (s. Abb. 2). Regionale und internationale Unterschiede in der Inzidenz deuten auf Präventionspotenziale hin, steigende Trends zeigen epidemiologischen

Forschungsbedarf auf. Bei Verdacht auf kleinräumige Häufungen von Krebserkrankungen können Krebsregister zur Aufklärung – oder zumindest zur Versachlichung der Diskussion – beitragen.

Derzeit spiegeln rückläufige Trends bei raucher-assoziierten Krebsarten vor allem bei Männern den seit mehreren Jahrzehnten abnehmenden Tabakkonsum in Deutschland wider. Zukünftig sollen die Registerdaten die Effekte der seit einigen Jahren empfohlenen Impfung gegen das humane Papillomvirus (HPV) zeigen, das bei der Entstehung verschiedener Krebserkrankungen beider Geschlechter eine Rolle spielt.

Eine Limitation besteht in der meist langen Latenz zwischen Exposition von Risikofaktoren und Auftreten einer manifesten Krebserkrankung. Daher gehört mittlerweile die Erfassung fortgeschrittener Krebsvorstufen (in situ-Tumoren) ebenfalls zu den Aufgaben der Krebsregister.

Auswertungen zu Tumorstadien sind vor allem für die Beurteilung der Effekte von Früherkennungsprogrammen von großer Bedeutung, denn ein messbares Ziel der Früherken-

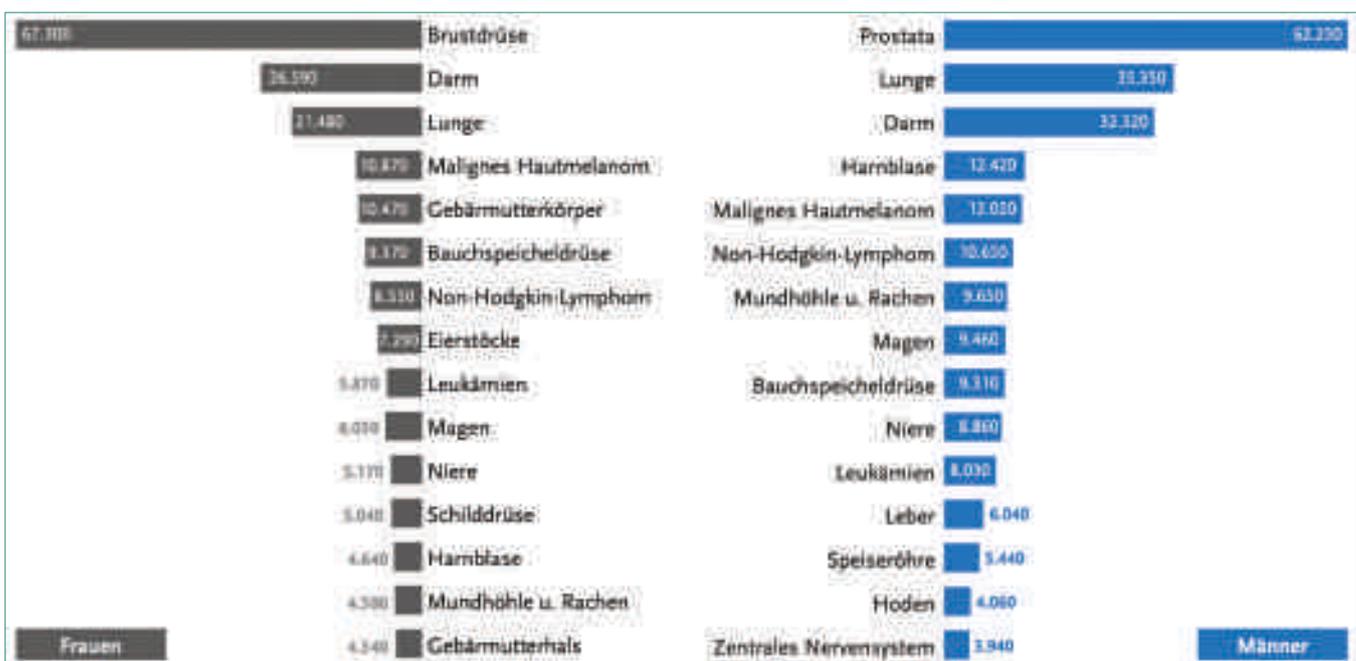


Abb. 2 | Geschätzte Zahl bundesweiter Neuerkrankungen für die häufigsten Krebsarten, nach Geschlecht (2017)  
Gesamtzahl an Krebsneuerkrankungen (ohne nicht-melanotischen Hautkrebs): Frauen 230.050, Männer 259.030

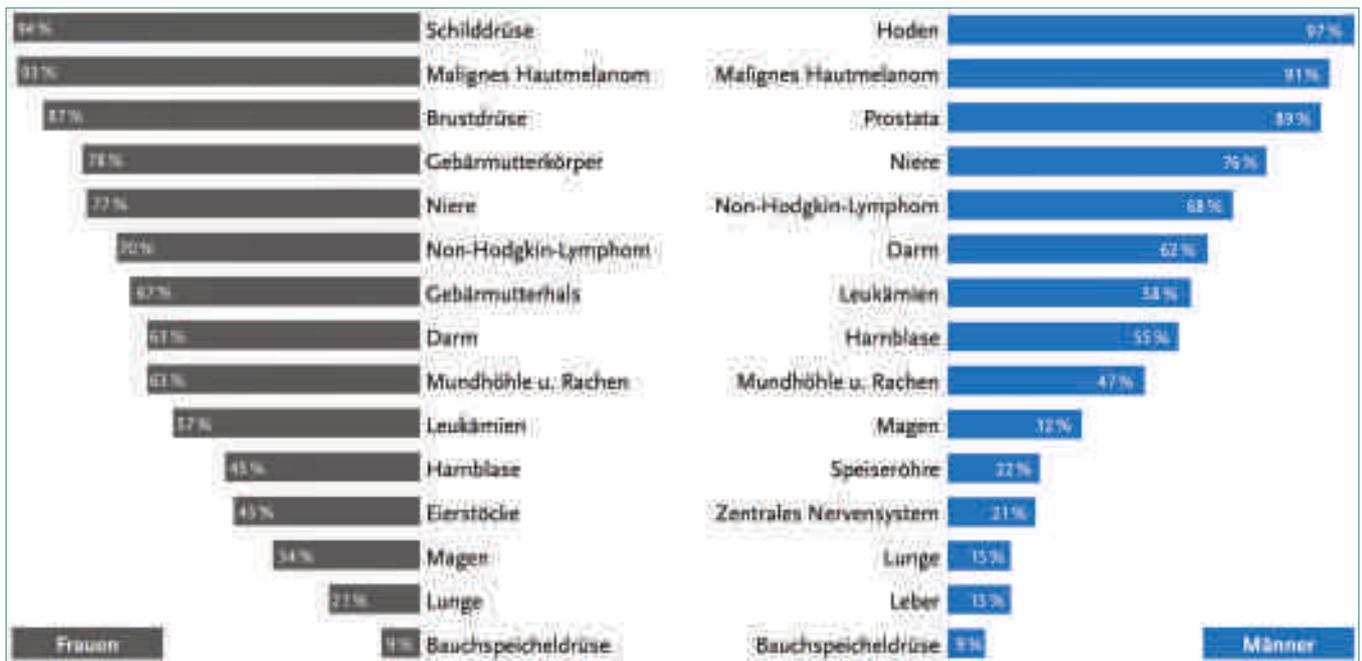


Abb. 3 | Relative 5-Jahres-Überlebensraten für die häufigsten Krebsarten, nach Geschlecht (Deutschland, Periode 2015 – 2016)

nung ist eine Verringerung der Inzidenz fortgeschrittener Stadien.

Die Informationen von Einwohnermeldeämtern über Sterbefälle werden regelmäßig in den Krebsregistern abgeglichen.

Die daraus ermittelten Überlebenswahrscheinlichkeiten dokumentieren zum einen Fortschritte in der onkologischen Versorgung. Zum anderen können sie im regionalen und internationalen Vergleich Unterschiede in der Versorgungsqualität und damit Verbesserungspotenziale aufzeigen. So haben die Ergebnisse der EUROCARE-Studien, die seit Anfang der 1990er Jahre regelmäßig mit Daten aus den europäischen Krebsregistern durchgeführt werden, in Großbritannien und Dänemark, aufgrund zunächst vergleichsweise schlechterem Abschneiden, zu erhöhten Anstrengungen und Veränderungen in der Organisation der Versorgung geführt.

Inzwischen haben beide Länder im europäischen Vergleich aufgeholt. Üblicherweise werden die beobachteten Überlebenszeiten von Personen, die an Krebs erkrankt sind, mit Überlebenswahrscheinlichkeiten in der Allgemeinbevölkerung gleichen

Alters und Geschlechts in Bezug gesetzt (relatives Überleben, s. Abb.3). Die Stratifizierung nach Tumorstadien und weiteren Faktoren ermöglicht differenzierte Analysen. Limitationen ergeben sich bei Krebsarten mit Früherkennungspotenzial: Aufgrund der Vorverlegung des Diagnosezeitpunkts und der vermehrten Entdeckung langsam wachsender Tumore kann hier nicht ohne weiteres unterschieden werden, ob höhere Überlebensraten einer besseren Versorgung oder einer intensiveren Früherkennung zuzurechnen sind.

Die von den Bundesländern organisierten klinischen Krebsregister werden weitgehend von den Krankenkassen finanziert und dienen in erster Linie der Qualitätssicherung. Dazu werden u. a. die Angaben zur Therapie einrichtungsbezogen verglichen. Dies geschieht anhand von Qualitätsindikatoren auf Basis der onkologischen Leitlinien. Die Ergebnisqualität (Überleben, Rezidivfreiheit) wird ebenfalls bewertet.

Auch hier sind Limitationen zu berücksichtigen: PatientInnen in verschiedenen Einrichtungen können sich hinsichtlich des sozialen Status, Begleiterkrankungen und anderen

Merkmale unterscheiden, die Einfluss auf die Behandlungsergebnisse haben können.

### Nutzungsmöglichkeiten bevölkerungsbezogener Krebsregister für die Forschung

Um den Aufwand vor allem für die meldenden ÄrztInnen in Grenzen zu halten, werden bei der Krebsregistrierung grundsätzlich nur Daten erfasst, die im Behandlungszusammenhang sowieso schon weitgehend standardisiert erhoben werden. Daher sind Datensätze aus Krebsregistern limitiert. Sie enthalten in der Regel keine oder zumindest keine detaillierten Angaben zu Risikofaktoren, Sozial- und Berufsanamnese, Begleiterkrankungen und in der Regel auch keine Informationen zur Tumorgenetik. Manche dieser Angaben sind in anderen, regelhaft verfügbaren Datensätzen enthalten, so dass eine personen- oder fallbezogene Verknüpfung dieser Daten den Informationsgehalt und damit die Nutzungsmöglichkeiten der Krebsregisterdaten erheblich erhöhen kann. Umgekehrt können die Daten aus Krebsregistern als ergänzende Informationsquelle für epidemiologische oder klinische Studien dienen, vor al-

lem im Rahmen des Langzeit-Follow-up. Zu beachten ist hier das Recht auf informationelle Selbstbestimmung der ProbandInnen, das in der Regel eine Zustimmung zu solchen Abgleichen erfordert. Ein Sonderfall stellt der gesetzlich geregelte Abgleich mit Daten aus Krebsfrüherkennungsprogrammen dar, der die Identifizierung von Intervallkarzinomen und damit Aussagen zur Sensitivität des Programms erlaubt. Alle Landeskrebsregistergesetze erlauben es, PatientInnen zur Frage der Studienteilnahme zu kontaktieren, sofern sie nicht von vornherein widersprochen haben. Dies betrifft insbesondere Fall-Kontroll-Studien, Studien zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität, aber auch – gerade bei seltenen Tumorformen – Therapiestudien.

### **Berichterstattung und wissenschaftliche Nutzung auf Bundesebene**

Auf nationaler Ebene wurde 1983 im damaligen Bundesgesundheitsamt (BGA) die Dachdokumentation Krebs geschaffen, die nach Auflösung des BGA 1994 an das RKI übersiedelte. Im Jahr 2009 wurden ihre Aufgaben als nationale Auswertungsstelle erweitert und gesetzlich festgeschrieben, als Konsequenz wurde 2010 das ZfKD als eigenes Fachgebiet am RKI eingerichtet. Erstmals konnte nun auch ein bundesweiter Forschungsdatensatz für externe NutzerInnen auf Antrag zur Verfügung gestellt werden.

Vor dem Hintergrund der mittlerweile weitgehend vollzogenen Etablierung einer flächendeckenden klinisch-epidemiologischen Krebsregistrierung wird derzeit vom Bundesgesundheitsministerium ein Gesetz zur Zusammenführung von Krebsregisterdaten vorbereitet. Es sollen vor allem die Möglichkeiten der wissenschaftlichen Nutzung der Daten auch für überregionale Auswertungen und Studien ausgeweitet werden. Geplant ist ein zweistufiges Vorgehen: In einer ersten Stufe soll der beim ZfKD verfügbare Datensatz um Variablen der klinischen Krebsregistrierung erweitert werden, für die zweite Stufe ist die Schaffung eines kooperativen Datenverbundes mit projektbezogener Zusammenführung

der Daten vorgesehen. In diesem Zusammenhang ist geplant, auch die fallweise Verknüpfung mit anderen Datenquellen (z. B. Studien- oder Abrechnungsdaten) zu ermöglichen, was bisher nur auf Ebene der Bundesländer möglich ist. In den nächsten Jahren soll zunächst ein Konzept für dieses Vorhaben erarbeitet werden.

Die Erweiterung des Datensatzes am ZfKD wird gleichzeitig die Möglichkeiten der Berichterstattung zu Krebserkrankungen auf Bundesebene erheblich verbessern. Auch eine höhere Aktualität der Auswertungen wird ermöglicht. Entsprechend der Aufgaben des RKI als Public Health Institut wird die Perspektive dieser Berichterstattung weiter bevölkerungsbezogen bleiben: Aspekte der Versorgung werden hier ebenso aufgegriffen wie Auswertungen, die für die Primär- und Sekundärprävention von Krebserkrankungen relevant sind. Untersuchungen zur Qualitätssicherung auf Bundesebene, etwa überregionale Vergleiche zwischen Behandlungseinrichtungen, bleiben jedoch weiter dem Gemeinsamen Bundesausschuss vorbehalten. Als nationale Auswertungsstelle wird das ZfKD in intensiver Zusammenarbeit mit den Registern zudem zur Harmonisierung der Daten und Verbesserung der Datenqualität beitragen.

### **Fazit und Ausblick**

120 Jahre nach der ersten systematischen Erfassung von Krebserkrankungen und knapp ein Jahrhundert nach Gründung des ersten Krebsregisters hat sich das Bild der bevölkerungsbezogenen Krebsregistrierung in Deutschland deutlich gewandelt und erweitert – und das nicht nur aufgrund der mittlerweile vorhandenen Möglichkeiten der elektronischen Datenverarbeitung. Die Aufgaben der Register gehen heute deutlich über das „Zählen“ von Fällen hinaus. Sie verbinden den bevölkerungsbezogenen Public Health Ansatz mit der klinisch-medizinischen Perspektive.

Es muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass eine flächendeckende, den gesamten Verlauf von Krebserkrankungen umfassende Registrie-

rung inklusiver detaillierter Therapieangaben ein sehr anspruchsvolles Vorhaben darstellt. Gerade in Bezug auf die wissenschaftliche Datennutzung wird der Erfolg davon abhängen, ob es gelingt, auch die Daten zu Therapie und Verlauf standardisiert, weitgehend vollständig und mit hoher Datenqualität zu erheben. Unter anderem stellt die dazu notwendige Einbindung niedergelassener ärztlicher Praxen derzeit noch eine große Herausforderung für die Register dar.

Auf der anderen Seite sind methodische Weiterentwicklungen gefragt. Diese betreffen nicht nur die Auswertung der Krebsregisterdaten bzw. durch Verknüpfung mit anderen Quellen erzeugte Datensätze, sondern auch die Durchführung von prospektiven Beobachtungs- und sogar Interventionsstudien unter Nutzung der Krebsregister, ggf. mit ergänzenden Datenerhebungen (registerbasierte Studien). Nach einem rapid report des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) können unter bestimmten Voraussetzungen solche Daten in die Nutzenbewertung neuer Arzneimittel einfließen.

Gefragt sind also nicht nur die Register, sondern auch die wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Forschungseinrichtungen, um künftig in konstruktiver, multidisziplinärer Zusammenarbeit das volle Potenzial der Krebsregistrierung für Forschung und Versorgung auszuschöpfen.

### **Autorin und Autor**

*Ina Gurung-Schönfeld  
Dr. Klaus Kraywinkel  
ZfKD – Zentrum für Krebsregisterdaten  
am Robert Koch-Institut  
Korrespondenz: KraywinkelK@rki.de*

*Gurung-Schönfeld I, Kraywinkel K:  
Krebsregistrierung heute:  
zwischen Epidemiologie,  
Qualitätssicherung  
und Forschung.*

*Epid Bull 2021;4:3 -9  
DOI 10.25646/7847*

*Literatur beim Verfasser*



**»Es verleiht mir  
eine innere Ruhe.  
Der Beutel macht  
sein Ding und ich  
mach meins.«**

Walton, SenSura® Mio Konkav Nutzer

## SenSura® Mio Konkav – gemacht für Rundungen

SenSura® Mio Konkav ist ein sternförmiger Hautschutz, welcher die Kontaktfläche zwischen Hautschutz und der stomaumgebenden Haut erhöht und für eine optimale Haftung der Versorgung auf nach außen gewölbten Stomaumgebungen sorgt. Dank der BodyFit Technologie® passt sich die Basisplatte jederzeit den individuellen Körperformen an.

Treffen Sie mit SenSura® Mio Konkav eine Bauchentscheidung, denn eine gutsitzende Versorgung kann das Risiko von Leckagen und damit verbundenen Hautirritationen senken.

**Bestellen Sie Ihre Produktmuster unter  
[www.sensuramiokonkav.coloplast.de](http://www.sensuramiokonkav.coloplast.de).**

 **Coloplast**

**SenSura® Mio Concave**



Stoma  
Skin  
Soul

# Wohlfühlen in der eigenen Haut!

Geschützte Haut ist gesunde Haut. Die Dansac TRE™ Hautschutzplatte ist konzipiert, um den natürlichen pH-Wert der Haut am Stoma aufrechtzuerhalten. Dabei kann sie dank hoher Haftkraft für einen sicheren Halt sorgen. Ihr flexibles Design passt sich Ihren Bewegungen an – damit Sie sich in Ihrer Haut wohlfühlen können. Überzeugen Sie sich selbst und testen Sie den patentierten Dansac TRE™ Hautschutz!

**Bestellen Sie gerne ein kostenloses Muster.**  
Wir sind für Sie von Mo – Do: 8.00 Uhr – 17.00 Uhr,  
Fr: 8.00 Uhr – 16.00 Uhr erreichbar.

Telefon: 0800 / 888 33 88 (gebührenfrei)  
E-Mail: [beratungsteam@dansac.com](mailto:beratungsteam@dansac.com)

## Die Dansac TRE™ Technologie mit den drei Schutzwällen:



**Sichere  
Haftung**



**Gute  
Feuchtigkeitsaufnahme**



**Ausgeglichene  
pH-Balance**

Die vorliegenden Meinungen beziehen sich auf die abgebildeten Testimonials. Diese Meinungen sind repräsentativ für deren Erfahrungen, aber einzigartig und individuell für jede/n AnwenderIn. Dieses Testimonial erhielt von Dansac eine entsprechende Vergütung.

**CE** Lesen Sie vor der Verwendung die Gebrauchsanleitung mit Informationen zu Verwendungszweck, Kontraindikationen, Warnhinweisen, Vorsichtsmaßnahmen und Anleitungen. Dansac, das Dansac Logo, NovaLife und TRE sind Markenzeichen der Dansac A/S. © 2022 Dansac A/S

dansac 



## 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 Expertengruppe mit. Um mehr zu erfahren, besuchen Sie unsere Homepage:

[www.fgskw.org/mitgliedwerden](http://www.fgskw.org/mitgliedwerden)

Dort finden Sie alle weiterführenden Informationen und das Beitrittsformular.



## Unsere Medien – Ihr Wissen

### MagSi® Magazin Stoma, Kontinenz und Wunde

Drei Mal pro Jahr erscheint unsere Fachzeitschrift für Pflege, Fortbildung und Berufspolitik. Als Mitglied erhalten Sie das **MagSi® Fachmagazin** kostenfrei. Möchten Sie ein Abonnement ohne Mitgliedschaft? Die früheren Ausgaben mit Inhaltsverzeichnis der Themen und Autoren sowie einen Antrag für ein Abonnement finden Sie auf unserer Homepage.

Monatlich bietet Ihnen die **MagSi® InterAktiv** Informationen für Pflege, Fortbildung, Medizin und Berufspolitik. Eine Übersicht mit Inhaltsangabe der vergangenen Ausgaben finden Sie ebenso wie einen Antrag für ein kostenfreies Abonnement auf unserer Homepage.

### www.fgskw.org

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



# FÜR **SIE** IM GESPRÄCH

*Im aktuellen Interview sprechen wir mit Gaby Ungethüm, Pflegeexpertin Stoma Kontinenz Wunde, über Ihren Weg zum Master of Science Advanced Nursing Practice (MSc ANP) und Ihrer Arbeit im Josephs-Hospital in Warendorf.*

**FgSKW:**

*Hallo Frau Ungethüm! Ich freue mich sehr, dass Sie sich die Zeit für dieses Interview nehmen.*

*Sie sind als pflegerische Expertin, als MSc ANP, in Warendorf tätig, wohnen aber im 75 km entfernten Herford. Wie haben Sie den Weg von Ostwestfalen ins Münsterland ins Josephs-Hospital gefunden?*

**Ungethüm:**

Das lag wohl an meiner Freundin Beate Wessel, die seit vielen Jahren im Josephs-Hospital arbeitet. Sie hatte mich auf die Stellenanzeige aufmerksam gemacht und ermuntert eine Bewerbung zu schreiben, übrigens die erste in meinem langen Berufsleben.

Gesucht wurde ein pflegerischer Experte oder eine pflegerische Expertin auf Masterniveau, zur Implementierung und Evaluation der nationalen Expertenstandards in der Pflege.

Es war wie der sprichwörtliche Wink mit dem Zaunpfahl denn die Stellenanzeige schien wie für mich geschrieben worden zu sein. Da ich schon länger den Wunsch hatte, auch nach über 40 Jahren mich doch nochmal beruflich zu verändern, brauchte ich gar nicht lange zu überlegen. Bislang hatte ich eigenverantwortlich als Stomatherapeutin und Wundexpertin gearbeitet. Zu meinen Aufgaben zählte auch die Implementierung der Expertenstandards, incl. der Schulung

der Kollegen und Kolleginnen, zu den Themen in meinem Fachbereich, wie Dekubitusprophylaxe, Kontinenzförderung, chronische Wunden und Entlassungsmanagement. So war ich mit dem Thema vertraut und habe mich, letztendlich erfolgreich, beworben.

**FgSKW:**

*Das hört sich nach viel, aber spannen der Arbeit an! Wie sieht Ihr Aufgabefeld als Pflegeexpertin MSc ANP genau aus?*

**Ungethüm:**

Zuständig bin ich für alle pflegerischen Arbeitsbereiche, wie die Stationen, die Funktionsbereiche, die zentrale Patient\*innenaufnahme und

auch die Notaufnahme, eben überall wo Pflege in welcher Form auch immer stattfindet und die Expertenstandards umgesetzt werden müssen. Im Gespräch mit der Pflegedirektorin wurden zunächst die Erwartungen, Wünsche und die Vorgehensweise abgestimmt. So habe ich in den ersten 6 Wochen auf allen Stationen hospitiert, damit ich die Kolleginnen und Kollegen und ihre Arbeitsweisen, Routinen und Abläufen kennen lerne. Im Rahmen der Einsätze habe ich auch nach den Bedarfen und möglichen Defiziten in Bezug auf die Expertenstandards geachtet, um dann festzulegen mit welchem Standard ich beginne.

Die Wahl fiel auf den Expertenstandard Entlassungsmanagement, der zusammen mit den Vorgaben des Rahmenvertrags Entlassmanagement evaluiert werden sollte. Meine Aufgaben sind in diesem Zusammenhang die Darlegung der Prozesse und Kommunikationsstrukturen, die Überarbeitung der Verfahrensweisung und des Ablaufdiagramms, die Dokumentation und die Auffrischung von Wissen zum Thema.

Als ANP ist es meine Aufgabe das theoretische Wissen in die Praxis zu bringen. So suche ich u. a. nach Lösungen für Probleme im pflegerischen Alltag, entwickle Standards und Verfahrensweisungen zum Thema und führe Schulungen für die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen durch. Auch für Probleme und Fragen die sich im Nachhinein in der täglichen Arbeit ergeben, bleibe ich die direkte Ansprechpartnerin für die Kolleginnen und Kollegen und versuche sie so zu unterstützen.

#### **FgSKW:**

*Was werden Ihre Kolleginnen und Kollegen von Ihnen lernen?*

#### **Ungethüm:**

Ich hoffe, dass ich den Kolleg\*innen meine Begeisterung für neues Wissen im Allgemeinen und die Expertenstandards, den Nutzen und die Anwendung im Arbeitsalltag vermitteln kann. Neben der Verbesserung der prozesshaften Pflege bin davon überzeugt, das Fachwissen für Sicherheit im täglichen Handeln sorgt, Entscheidungen und Problemlösungen leicht

ter fallen, die Pflegenden dadurch selbstbewusster auftreten können. Sie lernen sich sicherer zu positionieren und werden von den anderen Berufsgruppen und auch den Patient\*innen und ihren Angehörigen ganz anders wahrgenommen. Ich gebe gerne mein Wissen weiter, diskutiere gerne, stehe Rede und Antwort, bin für alles offen und versuche einen Bezug zum Alltag herzustellen. Aber natürlich bin nicht in allen Fachbereichen breit aufgestellt denn ich kenne meine fachlichen Grenzen. Das ist aber auch gar nicht unbedingt erforderlich, denn wir sind ein großes Team von pflegerischen Experten und Expertinnen aus den verschiedensten Fachbereichen, die mich mit ihrer Fachkompetenz unterstützen.

#### **FgSKW:**

*Wie waren für Sie die ersten 90 Tage in Ihrem neuen Job?*

#### **Ungethüm:**

Sehr anstrengend, nicht weil ich das Arbeiten an sich nicht gewohnt bin aber weil eben so vieles, eigentlich alles, neu war. Das Haus, so viele Flure mit noch mehr Türen auf mehreren Etagen, aber auch das Miteinander, die Kommunikation und Abläufe. Das schwierigste für mich waren die vielen neuen Gesichter und Namen. Zum Glück fand das Hospitieren vor Corona und der Maskenpflicht statt, ansonsten hätte ich die vielen Augenpaare bestimmt nicht mehr auseinander halten können. Mit einem Satz, bis auf meine Freundin nichts Bekanntes oder Vertrautes, und der Satz: „das machen wir wie immer“ brachte mich auch nicht weiter. Aber ich denke das wird jedem/jeder so gehen beim Arbeitgeberwechsel und ganz bestimmt wenn dies nach über 40 Jahren der Fall ist. Auf der anderen Seite ist der unvoreingenommene Blick ein Vorteil, da die Prozesse sicherlich ganz anders bewertet werden und man offener für Veränderungen ist.

#### **FgSKW:**

*Was würden Sie sagen macht Ihnen am Job am meisten Spaß und was ist die größte Herausforderung?*

#### **Ungethüm:**

Die größte Herausforderung ist sicherlich die Anforderungen die die

Expertenstandards an das pflegerische Handeln und Wissen stellen und all die Probleme die Prozessveränderungen mit sich bringen, mit den Wünschen und Bedürfnissen der Pflegenden in Einklang zu bringen. Gerade die Aspekte der Arbeitsverdichtung durch die kurzen Liegezeiten, Steigerung der Qualitätsansprüche, die zunehmende Schwere der Fälle, der Dokumentationsaufwand und dazu der chronische Personal-mangel führen sicherlich nicht dazu, dass alle glücklich strahlen und nur auf mich gewartet haben, dass ich mit Neuerungen um die Ecke komme. Aber ich denke, dass das mit Neuerungen und Veränderungen im Allgemeinen so ist und sicherlich im Besonderen in der Pflege, da sie sehr in Ritualen und alten Strukturen verhaftet ist. Es braucht seine Zeit aber mit Geduld und dem Willen etwas zu verändern klappt es hoffentlich nach und nach. Im Laufe meiner vielen Berufsjahre habe ich viel Wissen und Erfahrungen gesammelt und diverse Veränderungen und Neuerungen mitgemacht oder initiiert und was ist noch so wie vor 40 Jahren? Ich denke wenigstens hat noch Bestand aus der Zeit als ich in der Pflege anfang. Nach wie vor bin ich sehr gerne in der Pflege tätig und für die Pflegenden tätig und darum habe ich viel Freude daran mein eigenes Wissen auf dem aktuellen Stand zu halten und es an die Kolleg\*innen weiterzugeben.

#### **FgSKW:**

*Das hört sich nach einer großen Aufgabe an. Wie sieht denn Ihre bisherige Laufbahn aus?*

#### **Ungethüm:**

Lang ist sie meine berufliche Laufbahn, die schon 1978 mit der Ausbildung zur Krankenschwester als Schwesternschülerin in der „großen“ Krankenpflege, so nannte man das damals, begann. Nach dem Examen begann ich in der chirurgischen Ambulanz, war die absolut Jüngste im Team und konnte viel von meinen Kolleg\*innen lernen, fachlich und menschlich, denn als „Einzelkämpferin“ musste man sich oft in der stressigen Ambulanz behaupten. 23 Jahre habe ich so wirklich gerne gearbeitet, fühlte mich als die „geborene“ Ambulanzschwester und konnte mir eigentlich nicht vorstellen

etwas anderes zu tun. 2004 habe die Weiterbildung zur Praxisanleiterin im betriebseigenen Bildungszentrum absolviert. Im Rahmen dieser Weiterbildung stellte ich mit erschrecken fest, dass es um meinen allgemeinen, pflegefachlichen Wissensstand, schlecht bestellt war. Wo war ich nur all die Jahre? Wie konnte das „neue“ Wissen so an mir vorbei gehen? Pflegetheorien, Pflegeprozess, spezielle Pflegetechniken und -konzepte – nichts wusste ich oder hatte davon gehört. Ein Pflegelexikon half mir erstmal aus der großen Misere, denn von der Recherche im Internet war ich noch ganz weit entfernt. Auf jeden Fall wollte ich weiterlernen und so habe ich 2005 die Weiterbildung mittleres Management anschließen können. Auf der Suche nach einem Thema für die Abschlussarbeit bin ich über den Titel „Wundexperte ICW“ in einer Pflegezeitschrift gestolpert. Klang interessant und ich dachte, Wunden kennst du, bist seit 25 Jahren in der Ambulanz, da fühle ich mich sicher. Beschrieben habe ich, wie ich mir die Aufgaben als Wundexperte im Krankenhaus vorstelle und wie ich demnächst arbeiten möchte. Meine Pflegedienstleitung unterstützte meinen Wunsch und ich konnte noch die Weiterbildung zum Wundexperten ICW anschließen. Wie ich dann da mit 23 anderen Pflegenden saß, hatte ich wieder das Gefühl das ich nichts weiß, denn von dem was da doziert wurde hatte ich mal wieder nichts gehört.

Auf Wunsch meiner Pflegedienstleitung sollte ich auch die Versorgung der Stomapatient\*innen übernehmen. Spontan habe ich ja gesagt, obwohl ich wieder mal wenig bis kein Wissen hatte, denn in der Ambulanz hatte ich vielleicht in der ganzen Zeit drei Stomas gesehen. Gipsen oder Verbände egal welches Körperteil, kein Thema, aber von Stomamaterialien und Fachwissen zum Stoma, hatte ich keine Ahnung. So machte ich einen Wochenendkurs und hatte das Glück, dass dort die Weiterbildung zur Pflegeexpertin Stoma, Kontinenz und Wunde vorgestellt wurde. Es ging also nahtlos weiter und ich konnte 2008 mit erneuter Unterstützung meines Arbeitgebers die Weiterbildung beginnen und 2010 erfolgreich abschließen. Nur kurz bemerkt, es gab wieder

sehr viel zu lernen, es war anstrengend aber eine super tolle Zeit und nach Beendigung der Weiterbildung, hatte ich dann die Möglichkeit eigenverantwortlich die Wund- und Stomatherapie aufzubauen.

Da ich zwischendurch Zeit hatte und damit ich das Lernen nicht wieder verlerne und nach dem Motto: „da gibt es noch so vieles was ich wissen möchte“, habe ich die Weiterbildung zur Pflegeberaterin §7a und zur Case-Managerin nach der DGCC absolviert. Kaum war das geschafft, begann das Studium an der Donau Universität in Krems in Österreich. Herr Droste hatte in unserer Ausbildung angekündigt das sie mit der Uni zusammen einen Studiengang entwickeln wollten und nun war es soweit und wir, meine Freundin Beate Wessel und ich, konnten uns einschreiben. So wurde ich im fortgeschrittenen Alter noch Studentin und rückblickende kann ich nur sagen, es war das Beste, das ich tun konnte. Unser Ziel war der Master of Science Advanced Nursing Practicer und nach knapp 5 Jahren hatten wir unser Zertifikat

erworben. Es gab wieder sehr viel zu lernen, unzählige Hausarbeiten mussten verfasst werden, bis hin zum Meisterstück der Masterthesis. Eine sehr anstrengende aber super tolle Zeit, die ich in vollen Zügen genossen habe.

Rückblickend betrachtet, bin ich froh und auch stolz, das ich diesen langen Weg gegangen bin, auch wenn ich keine Vorstellungen hatte, welche Möglichkeiten sich ergeben oder was ich mal tun werde. Ich habe es auch immer gut angetroffen und so viel Neues gelernt. Glücklicherweise schätze ich mich, dass ich so nebenbei so viele tolle, interessante Menschen kennenlernen durfte, Begegnungen die mich immer ein Stück weitergebracht haben.

### FgSKW:

Was war das Thema Ihrer Masterarbeit?

### Ungethüm:

Ich weiß gar nicht mehr so genau wie ich eigentlich auf das Thema gekommen bin. Interessant ist, wann immer ich die Gelegenheit habe über meine Masterthesis zu sprechen, die unterschiedlichsten Reaktionen von verwirrt, lächelnd nickend bis zu der Aussage „kenn ich, machen wir auch so“ kommen. Der Titel meiner Masterthesis ist: „Die tägliche Frage nach dem Stuhlgang, kritische Betrachtung eines Rituals“. Ich würde mal behaupten, dass jeder/jede Pflegenden diese Frage kennt und auch täglich fragt, denn der „Strich“ in der Akte muss sein.



Mein Ziel war es zunächst, in der Fachliteratur sowie in Studien u. a. eine Definition von Ritualen oder des „normalen“ Stuhlgangs, Hinweise zu Obstipationsrisiken zu finden und nach Hinweisen zu suchen ob diese Frage zur pflegerischen Pflicht gehört. Das Ergebnis der Literaturrecherche war, das Rituale und Routinen uns Sicherheit geben denn jede/jeder weiß was er zu tun hat. Demnach haben es Neuerungen oder Änderungen schwer sich durchzusetzen. Eine Definition zu „normalem“ Stuhlgang konnte ich nicht finden, wohl zu Diarrhoe und Obstipation. Nirgendwo stand, dass Stuhlgang unbedingt täglich erfolgen muss, eher wird 2-3 mal die Woche als normal angesehen oder das was Patient\*innen als normal beschreiben.

Befragungen von Patient\*innen und Pflegefachkräften zeigten, dass die Beschreibungen vom normalen Stuhlgang, Diarrhoe und Obstipation sehr unterschiedlich interpretiert werden und nicht mal die Pflegefachkräfte waren sich einig. Auch in den verschiedenen Auflagen des „Juchli“, lange Zeit die einzige Fachliteratur, konnte kein Hinweis gefunden werden, der eine Erklärung gewesen wäre, das die tägliche Frage zur pflegerischen Pflicht zählt. Weitere Studien zeigten, das Patient\*innen, wenn es um sehr persönliche, intime Dinge geht, gefragt werden wollen und selber entscheiden möchten. Also woher kommt die Meinung das spätestens der dritte Tag der „Abführtag“ sein muss? Machen wir die Patient\*innen krank, obwohl sie eigentlich gesund sind? Die Kolleg\*innen können es sich nicht erklären. Zum einem meinen sie es in der Ausbildung gelernt zu haben oder machen es, weil es eben alle so machen und es erwartet wird. Nach der Erhebung der ersten 50 Datensätze vor der Intervention, informierte und schulte ich Kolleg\*innen der ausgewählten Station und sie erhielten von mir den Auftrag, im Rahmen der Anamnesegesprächs eine gezielte Beratung zu möglichen Veränderungen und Risiken zum postoperativ Stuhlverhalten mit den Patient\*innen durchzuführen und in dem Zusammenhang erneut bei 50 Patient\*innen bestimmte Daten zu erfassen.

Zudem führte ich mit fünf Kolleginnen vor und nach der Intervention Interviews durch. Sie äußerten sich im Vorfeld sehr unterschiedlich und hatten z. T. doch arge Bedenken, ob das alles so klappen wird, einmal das Patient\*innen sich bei Problemen melden oder richtig zu hören aber auch das Kolleg\*innen sich nicht an die Vorgaben halten.

Am Ende hat alles toll geklappt, die Kolleg\*innen haben alles gut umgesetzt und waren aktiv dabei. Auch auf Seiten der Patient\*innen gab es keinerlei Probleme, ganz im Gegenteil, denn eine Kollegin war wirklich gerührt und begeistert davon, wie die Patient\*innen die Beratung angenommen haben und sich sogar für die Informationen bedankt haben. Keine Patientin und kein Patient hatte Probleme mit Obstipation, im Gegenteil

es wurde signifikant weniger Abführmittel gebraucht. Letztendlich ist das Ergebnis: das eine effektive und gezielte Beratung nicht nur einen erfüllende Aufgabe ist, sondern zudem einen Benefit für alle Seiten bringt. Patienten und Patientinnen sind sehr wohl in der Lage, ihrer Selbstfürsorge nachzukommen und Eigenverantwortung zu übernehmen. Wie sagte eine Kollegin so passend: „...sollten wir immer so machen, wenn du zu Hause mit einer Grippe liegst, fragst dich ja auch keiner täglich ob du schon abgeführt hast!!“ Recht hat sie ...

**FgSKW:**

*Wie schaffen Sie einen Ausgleich zur Arbeit?*

**Ungethüm:**

Für einen Ausgleich sorgen meine Familie, meine Freundinnen und Freunde und seit neuestem auch unser Hund Oskar. Gerne mache ich mit meinem Mann oder mit meinen Freundinnen Kurzurlaube, besuche Städte, gehe gerne shoppen und lecker Essen.

**FgSKW:**

*Wenn Sie den perfekten Job für sich selbst gestalten dürften, wie sähe dieser aus?*

**Ungethüm:**

*Der perfekte Job, wie ist der zu beschreiben? Was macht ihn aus?*

Letztendlich ist dieser von so vielen Dingen abhängig und gerade auf die Rahmenbedingungen haben wir minimal bis keinen Einfluss. Eins weiß ich nur genau, mit den heutigen Möglichkeiten würde ich nicht wieder 23 Jahre warten bis ich mich für das Abenteuer Weiterbildung entscheide. Pflege ist heute so vielfältig geworden, denn die Zeiten in denen Pflegefachkräfte nur im Krankenhaus gearbeitet haben sind lange vorbei und ich denke jeder kann da seine (Fach-)Nische finden und sich weiterentwickeln.

Darum kommt es, so wie ich es jetzt angetroffen habe, aus meiner Sicht dem perfekten Job schon sehr nahe, denn der respektvolle, wertschätzende Umgang miteinander, das mein Wissen gefragt ist, ich mitgestalten kann und das Vertrauen das mir entgegen gebracht wird, sorgen für Zufriedenheit und stärken die Motivation. Mehr braucht es nach meinem Dafürhalten eigentlich nicht.

**FgSKW:**

*Zum Schluss noch- Wie beschreiben Sie ihren Job in drei Worten?*

**Ungethüm:**

Fachlich herausfordernd, kreativ und froh, dass ich nochmal neustarten konnte.

*Frau Ungethüm, vielen Dank für das Interview und Ihre Zeit!*



*Kontakt:  
Gabriele Ungethüm  
E-Mail:  
gaby.ungethuem@webtogether.de*

**Infokasten**

Frau Gabriele Ungethüm arbeitet als Master of science ANP im Josephs- Hospital in Warendorf und ist für die Implementation der nationalen Expertenstandards zuständig.



## Nachruf Gertraude Gallee

Die Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde e. V. trauert um die ehemalige Vorsitzende Gertraude Gallee, die am 06.02.2022 von uns gegangen ist.

Zur Vorsitzenden des damaligen DVET-Fachverbandes wurde Gertraude Gallee am 20.11.1982 gewählt. Sie übte dieses Amt bis 1990 aus und leitete den DVET mit viel Energie und höchster Motivation in dieser bedeutsamen Zeit für den DVET.

Gemeinsam mit Frau Prof. Christel Bienstein wurde das Weiterbildungskonzept der zukünftig 2-jährigen, berufsbegleitenden Weiterbildung am Bildungszentrum des DBfK in Essen implementiert und die Arbeit für die spezialisierten Pflegefachkräfte in vielen Bereichen des Gesundheitswesens fortgesetzt. Gertraude Gallee stand in diesen Jahren dem Verein und dem Vorstand als wirkliche Führungskraft mit höchster Fachkompetenz und Empathie vor und ging dabei in der Sache einer diskussionsfreudigen Auseinandersetzung niemals aus dem Weg. Sie ermunterte immer wieder bislang eher inaktive Vereinsmitglieder sich im Dienste des Berufsverbandes zu engagieren und Verantwortung für die eigene Professionalisierung zu übernehmen. In zahlreichen Präsentationen und Tagungen ging sie als Beispiel voran.

Ein großes Anliegen war ihr die angestrebte berufspolitische Anerkennung der Stomatherapie als staatlich geregelte Fachweiterbildung in der spezialisierten Pflege. Dieses Anliegen konnte sie leider aufgrund der Rahmenbedingungen nicht verwirklichen, wobei es an Initiative nie mangelte.

Unter ihrer Führung des Vereins erlebte der DVET-Fachverband eine sehr positive Entwicklung als Berufsverband und Gertraude Gallee blieb nach dem Ausscheiden aus dem Vorstand den Nachfolgenden in Freundschaft und mit ihrer enormen Erfahrung verbunden.



Die Ernennung zum Ehrenmitglied der Vereinigung war die mehr als verdiente Geste des Dankes an die ehemalige Vorsitzende.

Wir bedanken uns bei Gertraude Gallee für die unersetzliche Hilfe und Unterstützung des Berufsverbandes und bewahren ihr ein ehrendes Andenken.

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

*Gabriele Ungethüm,  
Margarete Wiczorek,  
Werner Droste*



**DVET  
Fachverband Stoma und Inkontinenz e. V.**



**Fachgesellschaft  
Stoma, Kontinenz und Wunde e.V.**

# Pflegepreis 2022

Die Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde e. V. vergibt auch für das Jahr 2022 wieder einen Pflegepreis für die besten Facharbeiten, die als Bestandteil der Abschlussprüfung im Rahmen der Weiterbildung zur/zum Pflegeexpertin/Pflegeexperten Stoma, Kontinenz und Wunde erarbeitet werden.

Prämiert werden die drei besten Arbeiten des laufenden Kalenderjahres aus allen WB-Instituten. Bewerbungen können sich ausschließlich Absolventen, deren Facharbeiten in der Abschlussprüfung nachweislich mit der Note 1 -1,4 bewertet wurden.

Als Preis werden **jeweils 1000,-€** für bis zu drei GewinnerInnen des Jahres vergeben.

Die Facharbeiten sind per Mail an die folgende Adresse zu senden: [werner.droste@fgskw.org](mailto:werner.droste@fgskw.org)

Die genauen Regeln zur Teilnahme am Wettbewerb um den Pflegepreis der FgSKW e. V. finden Sie unter: [www.fgskw.org/skwpflege/pflegepreis/](http://www.fgskw.org/skwpflege/pflegepreis/)

*Wir wünschen Ihnen schon jetzt viel Erfolg bei der Teilnahme am Wettbewerb um den*

**Pflegepreis der FgSKW e. V.**

*Ihr Vorstand der FgSKW e. V.*



## Qufora® IrriSedo MiniGo

### Irrigation mit geringer Wassermenge neu gedacht!

Die Darmirrigation mit geringer Wassermenge ist eine Möglichkeit, um die Lebensqualität von Menschen zu verbessern, die unter Darmbeschwerden wie z. B. Stuhlschmierer, inkompletter Stuhlentleerung oder dem tiefen anterioren Resektionssyndrom (LARS) leiden.

Anwenderrückmeldungen zeigen, dass bereits der Inhalt von 160 ml bei diesen Indikationen einen ausreichenden Stimulus im Enddarmbereich setzt.

Möchten Sie mehr darüber erfahren, wie Ihre Patienten mit Qufora IrriSedo MiniGo die Kontrolle über den Darm zurück gewinnen können?



→ Einfach zu verwenden

→ Leicht zu bedienen

→ Passt in den Alltag



reddot winner 2021

Besuchen Sie [www.qufora.de](http://www.qufora.de), schicken Sie eine Email an [info@qufora.de](mailto:info@qufora.de) oder rufen Sie uns unter 06126 95 95 627 an.

Qufora® ist eine eingetragene Marke der Qufora A/S. ©04/2021. Alle Rechte vorbehalten.

# Sie möchten Ihre fortlaufenden Aktivitäten zur eigenen *Fortbildung* nachweisen können?

Die FgSKW e. V. bietet Ihnen mit der Teilnahme an der freiwilligen Re-Zertifizierung eine einfache Möglichkeit, die absolvierten Fortbildungsmaßnahmen zur Erhaltung der fachlichen Expertise nachzuweisen. Gegenüber Arbeitgebern, Kostenträgern im Gesundheitswesen oder aber als Belege für die Erfüllung von Zertifizierungsanforderungen ist dieses Dokument bestens geeignet.

Die Zertifikate der freiwilligen Zertifizierung für weitergebildete Pflegexperten Stoma, Kontinenz und Wunde sind für drei Jahre befristet gültig und sind dann durch eine Re-Zertifizierung mit Fortbildungsnachweis zu aktualisieren.

Re-Zertifizierungen mit Fortbildungsnachweis sind heute üblich und entsprechen den aktuellen Verfahren vieler beruflicher Qualifizierungen.

Informieren Sie sich über die laufenden Fortbildungsangebote der FgSKW e. V. unter:

[www.fgskw.org/skwbildung/zertifizierung/](http://www.fgskw.org/skwbildung/zertifizierung/)

Geeignete Fortbildungsangebote finden Sie in großer Zahl unter:

[www.fgskw.org/veranstaltungskalender/](http://www.fgskw.org/veranstaltungskalender/)

Informieren

Anmelden

Teilnehmen

Ihre Fachgesellschaft  
Stoma, Kontinenz und Wunde e. V.

*Gabriele Ungethüm  
Margarete Wiczorek  
Werner Droste*

DIE ERGEBNISSE, DIE SIE LIEBEN,  
SEHEN JETZT BESSER AUS  
ALS JE ZUVOR!



Niltac™, Silesse™ & Sensi-Care™  
sind jetzt

**ESENTA™**

ESENTA™ ist die optimierte Lösung von  
ConvaTec für reizfreien Hautschutz und  
Pflasterentfernung.

Erfahren Sie mehr!





# FgSKW Web – Seminar "Update Pyoderma Gangraenosum"

11. Mai 2022 | 17.30 Uhr

Scarlett Summa

Pflegeexpertin SKW (FgSKW)

Fachtherapeutin Wunde ICW

Krankenpflegerin



2 Rezertifizierungspunkte der FgSKW e. V.

2 Zertifizierungspunkte RbP



Link zur Veranstaltung





Sie finden die Veranstaltung auch im Internet unter  
[www.fgskw.org/we21008](http://www.fgskw.org/we21008)

Anmeldung bitte mit vollständigem Namen und E-Mail Adresse an  
[sekretariat@fgskw.org](mailto:sekretariat@fgskw.org)

Die Teilnahmegebühren müssen bis zum 03.05.2022  
auf dem unten genannten Konto der FgSKW e. V. eingegangen sein.  
Als Verwendungszweck geben Sie bitte „we21008“ + „Ihren Namen“ an.

Bei Absage der Teilnahme nach dem 03.05.2022 fallen die vollen  
Teilnahmegebühren an.

Die Teilnahmebestätigungen werden nach der Veranstaltung zeitnah  
per Email zugestellt.

Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme!

*Ihre FgSKW e. V.*



20. – 26. Juni 2022

**14. World Continence Week (WCW)**

Deutsche Kontinenz Gesellschaft e. V.  
Friedrichstrasse 15  
60323 Frankfurt  
Tel.: 069 - 795 88 393  
Fax: 069 - 795 88 383  
E-Mail: [info@kontinenz-gesellschaft.de](mailto:info@kontinenz-gesellschaft.de)  
[www.kontinenz-gesellschaft.de](http://www.kontinenz-gesellschaft.de)



11. – 12. November 2022

**33. Kongress der Deutschen Kontinenz Gesellschaft**

Kap Europa  
Osloer Straße 5  
60327 Frankfurt am Main  
Tel.: 030 - 679 668 859  
Fax: 030 - 679 668 8595  
E-Mail: [j.broehl@kelcon.de](mailto:j.broehl@kelcon.de)  
[www.kontinenzkongress.de](http://www.kontinenzkongress.de)



04. – 06. Mai 2022

**DEWU Deutscher Wundkongress & Bremer Pflegekongress 2022**

CONGRESS BREMEN  
M3B GmbH  
Findorffstraße 101  
28215 Bremen  
Tel.: +49 421 3505-206  
E-Mail: [service@pflege-wundkongress.de](mailto:service@pflege-wundkongress.de)  
[www.congress-bremen.com](http://www.congress-bremen.com)



Mehrere Online-Schulungen für  
Medizinprodukteberater:innen in 2022

BVMed-Akademie  
[www.bvmed.de/akademie](http://www.bvmed.de/akademie)

# MagSi®

MAGAZIN

STOMA  
KONTINENZ  
WUNDE

FgSKW

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

Erscheinungsmonate: April, August, Dezember

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

Das Abonnement verlängert sich automatisch um ein Jahr, wenn keine schriftliche Kündigung zum 30. 09. d. J. bei uns eingeht.

Die Bestellung ist innerhalb von 10 Tagen schriftlich widerrufbar.

Es gilt das Poststempel- oder Faxsendedatum.

## Ja, ich möchte abonnieren!

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

Geldinstitut:

Kontonummer:

Bankleitzahl:

Unterschrift:

Absenderangaben

Titel:

Name, Vorname:

Straße, Haus-Nr.:

PLZ, Ort:

E-Mail:

Datum:

Unterschrift, Stempel:

Bitte senden Sie Ihre Bestellung an:

Marianne Franke – Sekretariat  
FgSKW (Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde) e.V.  
Niklaus-Groß-Weg 6 · 59379 Selm  
Fax.: 02306-378-3995 · E-Mail: sekretariat@fgskw.org  
Nr. 88 · 04/2022



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



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



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



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



**Wannsee-Akademie**  
Ansprechpartnerin: Frau Ria Günther  
Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin  
Tel.: 030 / 806 86 - 040 / 100  
E-Mail: akademie@wannseeschule.de  
www.wannseeakademie.de



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



**Stoma-Welt.de**  
Am Bettenheimer Hof 26  
55576 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**  
Herr Anton Münster  
Am Brambusch 24, 44536 Lünen  
E-Mail: info@forum-gesundheit-nrw.de  
www.forum-gesundheit-nrw.de



**Akademie für Gesundheitsberufe**  
Frau Elisabeth Tenkleve  
Frankenburgstr. 31, 48431 Rheine  
E-Mail: e.tenkleve@mathias-spital.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



Olivia Pruss, Maja Roedenbeck Schäfer

## Betriebliche, kulturelle und soziale Integration ausländischer Pflegekräfte

Nicht nur finden, sondern binden – Wie ausländisches und einheimisches Personal nachhaltig zusammenfindet

Verlag: *Walhalla Fachverlag*  
15. September 2020  
176 Seiten, Taschenbuch  
ISBN 978-3-80297-50-66 / € 19,95

### Erfolgreiche Mitarbeiterbindung durch interkulturelles Teambuilding und Integrationsmaßnahmen

Mit der Anwerbung von Kräften aus dem Ausland allein ist es nicht getan. Notwendig ist eine gute Integration, sonst droht eine hohe Fluktuation. Hier hilft das Praxishandbuch Betriebliche, kulturelle und soziale Integration ausländischer Pflegekräfte weiter:

- Das Erkennen von Hürden bei der betrieblichen Integration und das Verstehen interkultureller Unterschiede helfen, von Anfang an Missverständnissen vorzubeugen.
- Übungen und Fallbeispiele zeigen, wie Gesundheitsunternehmen das interkulturelle Verständnis ihrer Mitarbeitenden fördern können.
- Tipps und Hinweise zu unkomplizierten Integrationsmaßnahmen unterstützen das Ankommen und die Bindung der ausländischen Pflegekräfte gut zu gestalten.
- Checklisten helfen, den Stand der bereits getroffenen Maßnahmen realistisch einzuschätzen.
- Interviews mit unterschiedlichen Akteuren geben einen breiten Einblick in die Praxis.



von Nicole Ott

## Erfolgsstrategien für die Mitarbeiterführung in der Pflege

Assistenzkräfte einsetzen – Arbeitsbedingungen optimieren

Verlag: *Schlütersche*  
25. Oktober 2021  
132 Seiten, Taschenbuch  
ISBN 978-3-84260-86-03 / € 29,95

Motivation allein genügt nicht. Vergessen Sie das alte "Weiter so!" Schalten Sie um auf "Ab jetzt geht's anders!" In diesem Buch findet sich eine Fülle von erfolgreichen Strategien zur modernen Mitarbeiterführung in der Pflege. Alleamt clevere Tipps, direkt aus der Praxis, also erprobt und kurzfristig mit einfachsten Mitteln umsetzbar. Damit lassen sich z. B. die großen Probleme lösen: Das Dilemma des Schichtdienstes, die Organisation der pflegerischen Vorbehaltsaufgaben und der Einsatz von Assistenzkräften. Noch mehr Motivation war gestern. Heute gehts es um gute Arbeitsbedingungen und die fangen bei der Selbstführung der Vorgesetzten an. Erst dann gelingt es, Teams strategisch aufzubauen, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf umzusetzen und Ziele nachhaltig zu erreichen.

Hier könnte auch  
Ihr Buchbeitrag  
veröffentlicht werden.



Susanne Schug

## Therapie-Tools Achtsamkeit

Materialien für Gruppen- und Einzelsettings

Verlag: *Beltz*  
31. März 2016  
161 Seiten, Taschenbuch  
ISBN 978-3-62128-31-37 / € 37,95

Im therapeutischen Kontext kann ein achtsames Vorgehen sehr breitflächig und bei unterschiedlichsten Störungsbildern eingesetzt werden, von Burnout über Depression bis Sucht. Die Autorin stellt im vorliegenden Band 55 formelle und informelle Übungen vor, mit denen Achtsamkeit im Gruppen- und Einzelsetting zum Beispiel in psychiatrischen Kliniken oder psychologischen Beratungsstellen vermittelt werden kann.

Im therapeutischen Kontext kann ein achtsames Vorgehen sehr breitflächig und bei unterschiedlichsten Störungsbildern eingesetzt werden, von Burnout über Depression bis Sucht. Die Autorin stellt 55 formelle und informelle Übungen vor, mit denen Achtsamkeit im Gruppen- und Einzelsetting zum Beispiel in psychiatrischen Kliniken oder psychologischen Beratungsstellen vermittelt werden kann.

# Abschlusspräsentation im Bildungswerk Herne am Campus der St. Elisabeth Gruppe



*Erfolgreicher Abschluss der Weiterbildung zur / zum Pflegeexpertin / Pflegeexperten Stoma, Kontinenz und Wunde für 20 Absolventen trotz äußerst widriger Umstände aufgrund der aktuellen Corona-Pandemie!*

Im Rahmen einer Hybrid-Veranstaltung präsentierten die 20 frisch qualifizierten Pflegeexpert\*innen am Freitag, den 18.03.2022 die spannenden Inhalte der erstellten Facharbeiten zum Abschluß der Weiterbildung. Alle Teilnehmenden haben zunächst für die hervorragenden Facharbeiten ein großes Lob verdient!

Darüber hinaus muß das sehr gute Ergebnis dieser Pflegefachweiterbildung aber weit höher bewertet werden bei Würdigung der pandemiebedingten Herausforderungen.

Allen Schwierigkeiten zum Trotz konnten die Teilnehmenden glücklich und erleichtert die begehrten Zertifikate in Empfang nehmen.

Die Absolvent\*innen sprachen der Kursleitung Veronika Pietzonka und dem Leiter des Bildungswerkes Daniel Donner ihren Dank aus für die vielfältige Unterstützung in den vergangenen zwei Jahren der Weiterbildungsdauer. Sie überreichten beiden Leistungsper-

sonen abschließend individuell ausgefertigte „Verordnungen“ mit vielen Empfehlungen für Maßnahmen zur Erholung nach dieser für alle Beteiligten anstrengenden Zeit.

Der Vorstand der Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde e. V. (FgSKW e. V.) spricht den Absolvent\*innen der Weiterbildung die herzlichsten Glückwünsche zum Abschluß der Weiterbildung aus und heißt die neuen Pflegeexpert\*innen SKW im Kreise der Kolleg\*innen willkommen.

Wir wünschen den Absolvent\*innen viel Erfolg im weiteren Berufsleben und freuen uns auf zukünftige Begegnungen und eine enge Zusammenarbeit in der Fachwelt der Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten Stoma, Kontinenz und Wunde.

*Gabriele Ungethüm  
Margarete Wiczorek  
Werner Droste*

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 Ria Günther**

Zum Heckeshorn 36

14109 Berlin

Tel.: 030 / 806 86 060

Fax: 030 / 806 86 404

E-Mail: [rguenther@wannseeschule.de](mailto:rguenther@wannseeschule.de)

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

**Mathias Hochschule Rheine**

**Akademie für Gesundheitsberufe**

**Frau Elisabeth Tenkleve**

Frankenburgstr. 31

48431 Rheine

Tel.: 05971/42 1172

Fax: 05971/42 1116

E-Mail: [e.tenkleve@mathias-spital.de](mailto:e.tenkleve@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**

**Herr Anton Münster**

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)

## Welland Aurum® Plus ist da!

Welland Medical freut sich, die Einführung des brandneuen Sortiments Aurum® Plus in Deutschland bekanntzugeben. Die Produkte sind als schwarze Kolo-, Ileo sowie Urostomiebeutel in verschiedenen Größen, zunächst einteilig plan mit Manuka Honig erhältlich.

Mit der neugeformten Haftsubstanz und den körpernahen Komfortkurven sind die Produkte anpassungsfähig und tragen zu mehr Vertrauen in die Versorgung sowie mehr leckagefreien Tagen bei. Das neue Vlies ist zudem strapazierfähig, weich und wasserabweisend.

Aurum® Plus ist in Deutschland in schwarzer Farbe erhältlich, um Stomapatienten eine größere Auswahl zu bieten und die Farbe zu wählen, die situativ passend ist.



Der Urostomiebeutel hat eine besondere Beutelform, um das Risiko zu verringern, dass sich der Auslass verdreht und den Urinfluss blockiert. Am Ablauf kann ein Bein- oder Bettbeutel ohne Adapter eingesteckt werden.

Der Ileostomiebeutel wird durch einen praktischen Verschluss entleert. Um mehr Sicherheit zu geben, hat der Verschluss den neuartigen „Hook-to-Hook“-Mechanismus.

Unser hautfreundliches Hydrokolloid enthält Manuka-Honig mit nachgewiesenen wundheilenden und antibakteriellen Eigenschaften, die der Haut rund um das Stoma dienlich sind.

Entdecken Sie hier die Aurum® Plus Stomaprodukt-Palette mit Manuka-Honig: [www.happystoma.de](http://www.happystoma.de)

Für weitere Informationen zum kompletten Stomaversorgungs-Sortiment von Welland Medical, das in Deutschland für Betroffene sowie medizinisches Fachpersonal exklusiv über WEGIMED GmbH erhältlich ist, besuchen Sie uns auf [www.wegimed.de](http://www.wegimed.de)





## Darmirrigation mit größerer Wassermenge weiter gedacht

Zugeben, die Entwicklungen im Bereich der Darmirrigation sind zwischenzeitlich eher evolutionär als revolutionär. Qufora<sup>®</sup> hat das Produktportfolio sorgsam weiterentwickelt und präsentiert mit dem IrriSedo Flow aktuell die neueste Generation von

Irrigationslösungen mit Konus. Bei der Entwicklung standen die vielfältigen und wertvollen Erfahrungen der Anwender im Mittelpunkt. Gemeinsam ist ein Produkt entstanden, von dem wir mit Überzeugung sagen können, dass es unsere beste Lösung für die Darmirrigation mit Konus und größerer Wassermenge darstellt.

### Flexible Einsatzmöglichkeiten

Die rektale oder transanale Irrigation (TAI) hat heute in der Versorgung von Stuhlentleerungs- und Kontinenzproblemen unterschiedlicher Genese ihren festen Platz. Die Vielzahl der am Markt befindlichen Systeme unterstützen mit ihrer unterschiedlichen Handhabung ein breites Einsatzspektrum.

Die Irrigation mit größerer Wassermenge kann eine wirkungsvolle Strategie im Rahmen der Darmmanagementroutine sein und beispielsweise zu einer Reduzierung der Medikation führen oder die Zeit auf der Toilette reduzieren. Ziel ist stets die Schaffung eines beschwerdefreien Intervalls.

### Gemeinsam (weiter)entwickelt

Qufora<sup>®</sup> ist bereits seit Gründung im regelmäßigen Austausch mit Anwendern und Fachpersonen, um die Produkte noch besser an deren Bedürfnisse anzupassen. Im Rahmen der Entwicklung des Qufora<sup>®</sup> IrriSedo Flow wurden In-

terviews mit Anwendern und Fachkräften, Workshops zur Evaluation von Prototypen und Produkttests im Rahmen der nutzerorientierten Innovation durchgeführt. Diese wertvollen Erfahrungen haben geholfen, die Evolution der Darmirrigation voranzutreiben und das Qufora<sup>®</sup> Produktportfolio weiter auszubauen.

### Darmbedingungen geeignet für die Irrigation mit größerer Wassermenge

Die Leitlinie der Expertengruppe für Darmirrigation empfiehlt die Irrigation mit größerer Wassermenge u.a. bei:

- Dranginkontinenz
- Neurogenen Darmfunktionsstörungen
- Verstopfung
- Tiefem anteriorem Resektionssyndrom (LARS)

Die Leitlinie soll Angehörige der Gesundheitsberufe bei der Einweisung der Darmirrigation unterstützen, um die bestmögliche Versorgung jedes einzelnen Patienten zu ermöglichen. Die daraus entwickelte Entscheidungshilfe kann bei Qufora<sup>®</sup> bezogen werden.

Besuchen Sie [www.qufora.de](http://www.qufora.de) oder rufen Sie uns unter der Rufnummer 06126 95 95 627 an, um mehr darüber zu erfahren, wie Qufora<sup>®</sup> IrriSedo Flow das Darmmanagement Ihrer Patienten unterstützen kann.



Die nächste Ausgabe Ihrer

## MagSi® Magazin

Stoma · Kontinenz · Wunde

erscheint im August 2022

### 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 3995  
E-Mail: [info@fgskw.org](mailto:info@fgskw.org)  
Internet: [www.fgskw.org](http://www.fgskw.org)  
ISSN 1863-1975

### Erscheinungsmonate

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

### Redaktion + Autorenbeiträge

Brigitte Lindholz  
Ziegelstraße 42, 73084 Salach  
Fax: (07162)46 0456  
E-Mail: [brigitte.sachsenmaier@pflegeexper-ten-wissen.de](mailto:brigitte.sachsenmaier@pflegeexper-ten-wissen.de)

### Gestaltung

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

### Druck

HEWEA-Druck GmbH  
Haldenstraße 15, 45966 Gladbeck  
Tel.: (02043)46006  
Fax: (02043)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 3995  
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 Jahres-  
schluss gekündigt werden.

### Zielgruppen

- Pflegende mit der Qualifikation  
Stomapflege, Kontinenz und Wund-  
versorgung mit spezieller Ernährungs-  
beratung
- Pflegende und andere Berufsgruppen in  
klinischen und ambulanten Bereichen,  
Rehabilitationseinrichtungen, Sozial-  
stationen, im Sanitätsfachhandel und  
in der Industrie
- Pflegende und andere Berufsgruppen in  
Alten-, Senioren- und Pflegeheimen  
sowie in Kranken- und Altenpflegeschu-  
len und in Weiterbildungseinrichtungen
- Homecarebereich
- Ärzte
- Therapeuten
- Betroffene

Ein zum Abonnnenten-Versand zusätzlich  
durchgeführter zielgruppenorientierter  
Wechselversand bundesweit oder gezielt re-  
gional wird zur Öffentlichkeitsarbeit  
regelmäßig durchgeführt.

### Bankverbindung

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

### Geschäftsbedingungen

#### Das MagSi® Magazin

Stoma – Kontinenz – Wunde,  
die Fachzeitschrift für Pflege, Fortbildung  
und Berufspolitik ist aktuell, innovativ und  
unabhängig. Sie ist das Organ der FgSKW  
(Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und  
Wunde) e.V. Die Mediadaten, Anzeigenpreis-  
liste und Geschäftsbedingungen können  
gerne bei der Redaktion oder beim Heraus-  
geber angefordert werden. Geschäftsjahr ist  
das Kalenderjahr. Gerichtsstand ist der Sitz  
der Geschäftsstelle.

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

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

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

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

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



Mit Lebensfreude unterwegs

dank einzigartiger Hautschutzformel

und flexibler Passform: CeraPlus™

## Die soft konvexe CeraPlus™ Hautschutzplatte mit Remois\* Technologie

- innovative Hautschutzformel, trägt dazu bei gesunde Haut gesund zu erhalten
- flexible Anpassung an viele Körperformen und Bewegungen
- für ein gutes Lebensgefühl bei Tag und Nacht

Gleich kennenlernen: Bestellen Sie jetzt Ihr kostenloses Testprodukt telefonisch unter **0800 1015023** (gebührenfrei) oder auf **[www.hollister.de/ceraplus](http://www.hollister.de/ceraplus)**



Lesen Sie vor der Verwendung die Gebrauchsanleitung mit Informationen zu Verwendungszweck, Kontraindikationen, Warnhinweisen, Vorsichtsmaßnahmen und Anleitungen. Hollister, das Hollister Logo, CeraPlus und „Gesunde Haut. Gute Aussichten.“ sind Markenzeichen von Hollister Incorporated. Alle anderen Warenzeichen und Copyrights sind das Eigentum der jeweiligen Inhaber. © 2022 Hollister Incorporated.



\*Remois ist eine Technologie der Alcare Co., Ltd.

# Stomacare<sup>PLUS</sup>

## Die neue Bandagen-Generation

Interesse an einer kostenlosen Produktschulung? Hier finden Sie unsere aktuellen **Online-Seminar-Angebote:**



Standard **Plus**



EasyOpener **Plus**  
(erhältlich ab Mai 2022)



EasyCut **Plus**

### Die „Plus“-Punkte in der Übersicht

Hellgrauer Farbton bietet optimale Diskretion auch unter heller Kleidung

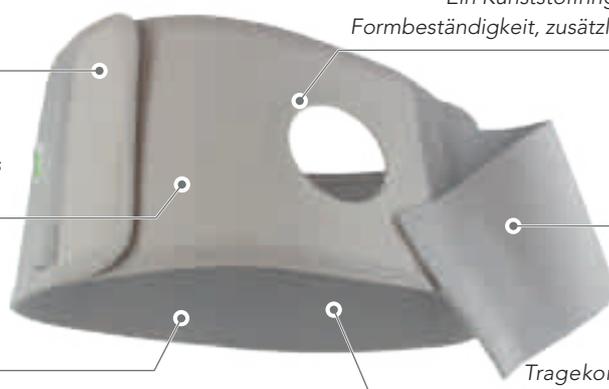
Ein Kunststoffring umfasst die Stomaöffnung und sorgt für Formbeständigkeit, zusätzliche Stabilität und eine leichte Reinigung

Dünne Bandagen-Vorderseite aus Velours für ein angenehm leichtes Tragegefühl

Integrierte Prolapsabdeckung zum Schutz bei der Stomapflege

Verschiedene Höhen für das jeweils individuelle Bedürfnis zur Auswahl

Coolmax-Material für einen hohen Tragekomfort und ein angenehmes Körperklima



### 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://basko.com)

FOLLOW US

