

MagSi®

MAGAZIN



STOMA
KONTINENZ
WUNDE

Das Thema

Inklusion in Beruf und Alltag

Aktuell

Informationen für Veränderung oder gar Zeit für Neues in der Urologie?

Weiterbildung Aktuell

Stoma-Tag 2016 am
Marienhospital



CeraPlus

Parastomale Haut
verdient Besseres.



Der neue CeraPlus® Hautschutz

Die innovative CeraPlus Hautschutzmischung enthält Ceramide.
Ceramide sind in der Haut natürlich vorkommende Lipide, die vor Trockenheit schützen.

Erleben Sie den Unterschied mit der CeraPlus Hautschutzmischung.
Sprechen Sie uns gerne für weitere Details und Testprodukte an.

Ihre CeraPlus Beratungshotline:

Mo.–Do.: 8.00–17.00 Uhr, Fr.: 8.00–16.00 Uhr

Telefon: 0 800/36 38 400 (gebührenfrei)

E-Mail: beratung.ceraplus@hollister.com

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





Ausblick

Liebe Leserinnen und Leser der **MagSi®**,

Mit dem Begriff „Inklusion“ verbinden viele Menschen die vollständige und umfassende Eingliederung behinderter Menschen in unsere Gesellschaft. Die Erwartung hierbei ist nicht nur auf die Beseitigung von Hindernissen für behinderte Menschen ausgerichtet, vielmehr ist eine vollkommene Gleichstellung von Menschen mit und ohne Behinderung das Ziel.

In unserer Fachzeitschrift „MagSi®“ beschäftigen wir uns seit Jahrzehnten in vielerlei Artikeln und Beiträgen mit der Pflege, Beratung und Versorgung von Menschen mit einem Hilfsmittelversorgungsbedarf. Diese Menschen erhalten durch qualifizierte Pflegeexperten die Unterstützung, die sie zum Ausgleich ihrer individuellen Behinderungen benötigen.

In dieser Ausgabe der „MagSi®“ widmen wir uns Themen der Inklusion aus unterschiedlichen Perspektiven. Unter Anderem gehen wir der Frage nach, inwieweit Inklusion in unseren Handlungsfeldern schon gelebte Realität oder immer noch eher die Ausnahme im Alltag darstellt.

Wir wünschen Ihnen nun spannende Unterhaltung bei der Lektüre der neuen „MagSi®“!

Ihr Redaktionsteam

Das Thema

- 4 Fatigue – Das Erschöpfungs-Syndrom bei Krebserkrankungen
- 6 „Mein schönster Moment“
- 8 Kostenübernahme für medizinische Fußpflege (podologische Behandlung) bei Spina bifida
- 10 Inklusion in Beruf und Alltag
- 16 Das „normale“ und das „aufwändige“ Stoma
- 21 Schwimmen mit Stoma?
- 26 Die diskrete Seite der Inklusion
- 29 Entwicklung eines Instrumentes zur Feststellung des Kohärenzgefühls (nach Antonovsky) bei Patienten mit Rektumkarzinom
- 39 Neue Broschüre des BVMed plädiert für eine effektive Qualitätssicherung bei der ableitenden Inkontinenz-Versorgung

Fachgesellschaft Aktuell

Aktuell

- 40 Termine/Kongresse
- 41 Kooperationspartner/Mitgliedsverbände
- 42 Verfahren zur Stationsorganisation im Krankenhaus entwickelt
- 44 Informationen für Veränderung oder gar Zeit für Neues in der Urologie?

Buch-Tipp

Weiterbildung Aktuell Schaufenster

- 46 Buchvorstellung
- 47 Stoma-Tag 2016 am Marienhospital
- 48 Neuigkeiten bei Produkten und Dienstleistungen

Impressum

- 50 Impressum/Vorschau nächste Ausgabe

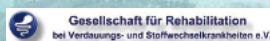
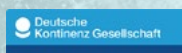
Herausgeber



Kooperationspartner



Mitgliedsverbände





Fatigue – Das Erschöpfungs-Syndrom bei Krebserkrankungen

Fatigue heißt übersetzt Müdigkeit, Erschöpfung. Dieses Syndrom tritt bei Krebserkrankungen häufig auf und bringt für den Betroffenen enorme zusätzliche Belastungen mit sich, da er in seiner Leistungsfähigkeit stark eingeschränkt ist.

Erschöpfung ist normalerweise ein Zustand, der Überbelastung von Körper und Geist signalisiert. Der Gesunde erholt sich durch Ruhe und Schlaf von diesem Zustand und wird wieder leistungsfähig. Beim Krebserkrankten versagen diese Erholungsmechanismen völlig. Sie leiden trotz ausreichendem Schlaf an einer starken Müdigkeit, fühlen sich abgeschlagen und „gerädert“. Geringe Anstrengungen werden zur Qual und lösen damit Passivität in allen Lebensbereichen aus.

Begleitet wird das Fatigue-Syndrom nicht selten von depressiven Verstimmungen. Die Betroffenen fühlen sich einsam, unfähig zu arbeiten und am Geschehen teilzunehmen, empfinden sich als Last für Familie und Freunde, weil sie hilfsbedürftig sind. In der Folge

der extremen Müdigkeit ist auch die geistige Leistungsfähigkeit reduziert. Die Merkfähigkeit lässt nach, es entstehen Gedächtnislücken, Bewegungsunsicherheiten, Sprachschwierigkeiten.

Die genauen Ursachen für diese lähmende Müdigkeit sind noch weitgehend unerforscht. Man weiß allerdings, dass Fatigue oftmals im Zusammenhang mit einer Chemo- oder Strahlentherapie auftritt. Diese Behandlungen gehen nicht selten mit enormen Nebenwirkungen, wie beispielsweise Übelkeit und Erbrechen, einher und führen in vielen Fällen eben zur besagten Anämie (Blutarmut), welche mit für Fatigue verantwortlich gemacht wird. Weitere Faktoren, die beim Krebserkrankten für die Anämie ursächlich sein können sind: Tumore des Knochenmarks, Tochterabsiedelungen (Metastasen) in den Knochen, chronische Blutungen oder die Unterversorgung mit Eisen.

Die Anämie äußert sich außer durch Müdigkeit in Schlafproblemen, Konzent-

rationsschwierigkeiten, Schwächegefühlen in Armen oder Beinen, Brustschmerzen, Blässe und Kurzatmigkeit.

Nach Ansicht der Onkologen liegt der Schwerpunkt der Behandlung des Fatigue-Syndroms in der Therapie der Blutarmut. Desweiteren wird empfohlen, dass die Betroffenen körperliches Training, angepasst an ihre Leistungsfähigkeit, durchführen.

Dazu folgende Tipps:

- Der Betroffene soll (anhand eines Tagebuches) die optimale Zeit des Tages für Belastung und Aktivität ermitteln.
- Anhand von Prioritätenlisten können wichtige Dinge in diesen Zeiten erledigt werden.
- Regelmäßige Ruhepausen sind wichtig.
- Betroffene sollten versuchen ihre Leistungseinschränkung zu akzeptieren.
- Das Schlafen wird zum Ritual gemacht, damit es erholsam ist. Hier muss peinlichst genau auf eine gute Schlafatmosphäre geachtet werden.

Bild: © JPC-PROD – Fotolia

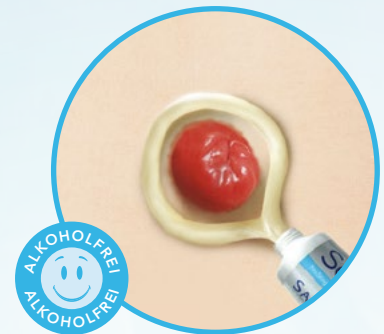
Bei 60 - 90 % der Tumorerkrankten stellt sich im Laufe der Zeit ein Erschöpfungszustand (Fatigue) ein, welcher lange Zeit in der Medizin zu wenig Beachtung fand. Fatigue ist neben den chronischen Schmerzen das häufigste und belastendste Syndrom bei Tumorerkrankungen. Heute führt man diese Müdigkeit hauptsächlich auf die Blutarmut zurück, die bei Tumorerkrankten, vor allem während der Chemotherapie, vorhanden sein kann. Moderne Behandlungskonzepte schließen die Behandlung der Fatigue mit ein und tragen damit zur Verbesserung des Wohlbefindens bei.

- Die Ernährung sollte den Organismus nicht zusätzlich belasten, d.h. viele kleine leichte Mahlzeiten. Zudem muss auf die Zufuhr von Vitaminen, Spurenelementen, Folsäure und Eisen besonders geachtet werden. Viel Flüssigkeit ist wichtig.
- Der Betroffene sollte versuchen erholsame Ruhe auch während des Tages zu finden. Außer Lesen, Musik hören oder Spielen, sind Spaziergänge und evtl. Meditationsübungen sinnvoll.

Die Früherkennung des Fatigue-Syndroms trägt wesentlich dazu bei, dass die Beschwerden rechtzeitig wirksam behandelt werden können. Betroffene versuchen jedoch häufig, die Müdigkeit zu überspielen, sie nicht zu zeigen.

Sie wollen diesen Erschöpfungszustand häufig auch nicht wahrhaben. Hier sind besonders Pflegende, Ärzte, Physiotherapeuten und Psychologen angehalten, ein beginnendes Fatigue-Syndrom zu erkennen, bzw. den Betroffenen darauf anzusprechen.

EXTRA SICHERHEIT FÜR JEDE ANFORDERUNG – SecuPaste®

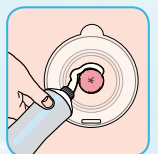
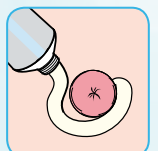


Ist die Haut im unmittelbaren Bereich um das Stoma uneben und weist Falten auf, kann dies einen perfekten Halt der Stomaversorgung beeinträchtigen. Dies führt dann leicht zu Undichtigkeiten und daraus resultierend zu Hautirritationen und Schädigungen.

SecuPaste® ist speziell dafür entwickelt, Falten aufzufüllen und die Haut auf einen idealen Halt der Stomaversorgung vorzubereiten – so hilft sie Leckagen und Hautirritationen vorzubeugen.

SecuPaste® ist alkoholfrei. Im Gegensatz zu herkömmlichen Stomapasten mit Alkohol, ist SecuPaste® besonders hautfreundlich ohne Reizungen oder ein Brennen auf der Haut zu verursachen. Dies gilt besonders wenn die Haut bereits im Vorfeld geschädigt ist.

- ✓ Alkoholfrei
- ✓ Für alle Stomaarten
- ✓ Kombinierbar mit Stomaprodukten aller Hersteller
- ✓ Hilft die Tragedauer zu optimieren
- ✓ Reduziert Leckagen
- ✓ Schützt die parastomale Haut



**BESTELLEN SIE GERNE
KOSTENLOSE PRODUKTMUSTER!**



Recognising Salts research
into healthy stoma skin



DERMATOLOGICALLY
ACCREDITED



SALTS
HEALTHCARE
www.salts.co.uk

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

Neu erschienen: ASBH Ratgeber

„Mein schönster Moment“



Wahre Geschichten, die das Leben mit Behinderung auch schreibt

Behinderung kennenzulernen, die nicht so ins Auge springen wie ein Rollstuhl.

Inhalt:

- Der schönste Moment mit meinem Kind
- Spina bifida /Hydrocephalus ist für mich ...
- Mutter von Pauline werden
- Willkommen in Holland
- ... wie ein sonniger Tag nach einer Woche Dauerregen
- ... meine Zeit im Land der Elche und Trolle
- Marie erobert die Grundschule
- Mein schönster Moment als Mutter von Philipp
- „... dann wäre mir viel erspart geblieben“
- Die richtige Mischung aus Mut und Angst ergibt Kraft
- Wir dachten, die Welt hört auf, sich zu drehen
- Lasst euch nicht verhätscheln

- Mein freiwilliges soziales Jahr in England
- Ich bin anders? – Na und!
- Von Glück und Reichtum ...

ASBH Ratgeber 23:
Mein schönster Moment,
60 Seiten DIN A5
1. Auflage Dezember 2015,
ISBN 978-3-934821-16-3
Versandkostenpauschale: 5,00 EUR /
2,50 EUR (ASBH-Mitglieder)
Online-Bestellung:
www.asbh.de/asbh-ratgeber

Zur Arbeitsgemeinschaft Spina Bifida und Hydrocephalus e. V. (ASBH)

Die Arbeitsgemeinschaft Spina Bifida und Hydrocephalus e. V. (ASBH) setzt sich als bundesweite Selbsthilfeorganisation seit 1966 für Menschen mit Spina bifida und/oder Hydrocephalus, ihre Angehörigen und Freunde ein.

Beim freien Assoziieren zu Behinderung, Spina bifida oder Hydrocephalus werden den meisten spontan Begriffe und Gedanken einfallen wie: Schicksalsschlag, Krankenhaus, Operationen, Rollstuhl usw. Das trifft auch zu, denn das Leben mit Behinderung bleibt ein Leben lang herausfordernd. Die Weiterentwicklung von Medizin, Therapie, Hilfsmitteln und Pflege helfen, aber im Alltag ist und bleibt eben vieles anders, mühsam, belastend.

Aber manchmal ist das Leben auch nur anders schön. Diesen Blick auf Behinderung hat man nicht, bzw. erst, wenn man mit ihr lebt. Deshalb laden wir Sie ein, die Perspektive mit diesem Buch zu wechseln und Seiten im Leben mit

Die ASBH bietet mit mehr als 50 Gruppen und Ansprechpartnern die Möglichkeit, sich zu informieren, auszutauschen und zu engagieren. www.asbh.de

Spina bifida ist eine angeborene Behinderung bei Neugeborenen. Sie entsteht dadurch, dass sich in den ersten sechs Wochen der Schwangerschaft die schützende Wirbelsäule um das Rückenmark und die Nerven unvollständig ausbilden. Eine Schädigung der Nerven kann zu unterschiedlichen Lähmungen beim Kind führen. Es ist schwer vorauszusagen, wie genau sich die Lähmungen auswirken. Bisweilen sind sie geringfügig; es können aber auch schwere Lähmungen z. B. an Beinen, Harnblase und Mastdarm auftreten bis zur Querschnittlähmung.

Hydrocephalus ist eine Erweiterung der Flüssigkeitsräume (Ventrikel) des Gehirns. Der Abfluss der Hirnflüssigkeit (Liquor) oder ihre Resorption ist gestört, so dass es zu einem Liquorstau und zur Erweiterung der Ventrikel kommt. Die Hirn-Rückenmarks-Flüssigkeit zirkuliert vom Gehirn über das Rückenmark ins Blut und wird bei jedem Menschen

ca. alle acht Stunden ausgetauscht. Der Hydrocephalus kann sowohl vor- geburtlich z. B. durch Fehlbildungen oder Hirnblutungen entstehen wie auch in jedem Lebensalter z. B. infolge von Infektionen oder Tumoren. Der Abfluss des Hirnwassers kann reguliert werden, indem eine Ableitung (sog. Shunt) implantiert wird. Manchmal reicht eine einmalige endoskopische Operation zur Öffnung einer Membran. Die Auswirkungen sind immer individuell. Sie reichen von geringer Beeinträchtigung, Teilleistungsschwächen bis zu Epilepsie oder schweren neurologischen Ausfällen.

NPH (Normaldruckhydrocephalus)
Die Bezeichnung stammt aus dem Englischen (Normal-Pressure-Hydrocephalus) und wurde in den sechziger Jahren von Dr. S. Hakim geprägt, der dieses Krankheitsbild erstmals beschrieb. Der Begriff "Normaldruck" ist hierbei irreführend und hat seinen Ursprung in der Tatsache, dass es damals noch nicht möglich war, den Hirndruck über mehrere Tage kontinuierlich aufzuzeichnen. Mittlerweile ist klar, dass es sich, insbesondere nachts, um einen stark

schwankenden Hirndruckverlauf in krankhafter Höhe handelt. Der Hirndruck ist wie beim Hydrocephalus erhöht, aber dies ist nicht im direkten Verfahren messbar, so dass der NPH schwieriger zu diagnostizieren ist. Ein Normaldruckhydrocephalus kann in jedem Lebensalter auftreten. Der Abfluss der Hirnflüssigkeit (Liquor) ist gestört, was zu einem Liquorstau und zur Erweiterung der Ventrikel (mit Liquor gefüllte Hohlräume im Inneren des Gehirns) führen kann. Die häufigste Form ist der sogenannte Altershirndruck, welcher i.d.R. ab dem 60. Lebensjahrzehnt auftritt und bis heute fälschlicherweise oft als Alzheimer oder Parkinson diagnostiziert wird. Typische Symptome sind die Trias Gangstörung, Harninkontinenz und Demenz.

*ASBH Selbsthilfe gGmbH
Grafenhof 5
44137 Dortmund
E-Mail: asbh@asbh.de
Internet: www.asbh.de
Tel: 0231/861050-0
(Mo – Do 08:00 – 12:00 Uhr,
Fr 08:00 – 11:30 Uhr)
Fax: 0231/861050-50*

2. SALZBURGER CWO TAGE

TAGUNG FÜR PFLEGEKRÄFTE UND MEDIZINERINNEN IM BEREICH KONTINENZ- WUND- STOMAMANAGEMENT



SALZBURG, AUSTRIA

19.-21. JUNI 2016

SALZBURG KONGRESSHAUS AM MIRABELLGARTEN

W W W . E C W O . A T

Kostenübernahme

für medizinische Fußpflege (podologische Behandlung) bei Spina bifida

In einem Rechtsstreit vor dem Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen (AZ L 16/1 KR 391/13) erkannte eine gesetzliche Krankenversicherung vergangene Woche einen Anspruch auf Kostenübernahme für eine podologische Behandlung (sog. medizinische Fußpflege) an.

Bei dem Kläger besteht die Behinderung Spina bifida, d.h. er wurde mit einem sog. „offenen Rücken“ geboren.

Außergerichtlich sowie in der ersten Instanz vor dem Sozialgericht Stade unterlag der der Kläger, da nach den für die Krankenkassen geltenden Heilmittelrichtlinien die Kosten nur für Versicherte übernahmefähig seien, die an einem sog. „diabetischen Fußsyndrom“ leiden. In dem im Berufungsverfahren eingeholten unabhängigen Sachverständigen-gutachten stellte die Gutachterin fest, dass die Indikation für eine regelmäßige podologische Behandlung beim Kläger aus medizinischer Sicht mindestens so eindeutig vorliege wie bei Patienten mit einem diabetischen Fußsyndrom. Eigentlich sei die Indikation bei dem komplett auf die Verwendung eines Rollstuhls angewiesenen Kläger aufgrund der aufgehobenen Sensibilität der Füße und einer infolge mangelhafter Durchblutung bestehenden Wundheilungsstörung an den Füßen sogar stärker gegeben, als bei Versicherten mit einem diabetischen Fußsyndrom. Bei diesen sei in der Regel eine Restsensibilität der Füße gegeben und die Durchblutung der Füße sei nicht dermaßen eingeschränkt. Aufgrund des Gutachtens erkannte die Krankenkasse den Anspruch nunmehr vollumfänglich an.

„Die Krankenkasse hat in Anbetracht des eindeutigen Sachverständigen-gutachtens offensichtlich erwartet, dass das LSG zugunsten des Klägers entscheiden würde. Damit wäre es das erste positive Urteil in einem Berufungsverfahren betreffend eine podologische Dauerbehandlung für einen Kläger mit Spina

bifida gewesen und hätte zumindest für den von dieser Behinderung betroffenen Personenkreis eine richtungsweise Wende in vergleichbaren Rechtsstreiten herbeiführen können“, analysiert der Rechtsanwalt des Klägers, Rechtsanwalt und Fachanwalt für Sozialrecht Christian Au aus Buxtehude die Entscheidung der Kasse. „Bedauerlicherweise müssen nunmehr weiterhin alle betroffenen Personen im Einzelfall um ihr Recht kämpfen. Eine – auch nach Ansicht der mit der Thematik befassten Fachärzte – überfällige Änderung der Heilmittelrichtlinien scheint wieder in weite Ferne gerückt zu sein.“

Die Kanzlei Au steht für die Beratung und Vertretung in gleichgelagerten Fällen gern zur Verfügung.

Seminare von Christian Au zum Thema Sozialrecht:

- 22.04.2016: Zweites Pflegestärkungsgesetz (PSG II)
- 27.05.2016: Reha und Teilhabe (SGB IX Teil 1)
- 10.06.2016: Schwerbehindertenrecht (SGB IX Teil 2)
- 30.09.2016: Sozialrecht: Hilfen für Kinder mit Behinderung
- 28.10.2016: Reha und Teilhabe (SGB IX Teil 1)
- 25.11.2016: Schwerbehindertenrecht (SGB IX Teil 2)

Für weitere Informationen und ggf. zur Anmeldung besuchen Sie gerne einmal die Seite der Akademie www.akademie-recht.de. Dort finden Sie auch Details zu meinen Tagesseminaren unter www.akademie-recht.de/christian-au.html



*RA Christian Au
Tel.: 04161/866511-0
E-Mail: au@rechtsanwalt-au.de
Über Rechtsanwalt Christian Au –
Kanzlei für Sozialrecht
Rechtsanwalt Au ist Fachanwalt
für Sozialrecht. Er berät und vertritt
bundesweit Menschen überwiegend in
Verfahren mit sozialrechtlichem Bezug.
Darüber hinaus ist Herr Au als Referent
und Lehrbeauftragter in verschiedenen
Bereichen des Sozialrechts tätig.*

Bild: © K.-U. Häßler – Fotolia.com

ICAN

live free

JETZT NEU:

NATURA® BASISPLATTE MIT AKKORDEON-RASTRING

MIT AUSSCHNEIDBAREM HAUTSCHUTZ ODER DER
MODELLIERBAREN TECHNOLOGIE VON CONVATEC

- Der Akkordeon-Rastring der NATURA® Basisplatte bietet genügend Platz zum Untergreifen und ermöglicht die einfache und sichere Anbringung des Beutels, ohne Druck auf die Bauchdecke auszuüben.
- Die NATURA® Basisplatten mit Akkordeon-Rastring sind flexibel mit den Combihesive NATURA® und NATURA®  Stomabeuteln kombinierbar.



ConvaTec (Germany) GmbH

Radlkofersstraße 2

81373 München

Rufen Sie uns an!

Kostenfreie Beratungsnummer: 0800 / 78 66 200

Internet: www.convatec.de

ConvaTec
Ostomy Solutions



Inklusion in Beruf und Alltag

Wie denken Deutsche darüber?

Mehr als jeder zehnte erwachsene Deutsche fühlt sich in seinem Leben und Alltag durch eine chronische Erkrankung eingeschränkt. Und rund ein Drittel der Bundesbürger hat jemanden in seinem engsten Familien- und Bekanntenkreis, der unter einer andauernden Erkrankung leidet. Insgesamt 44 Prozent¹ der Deutschen sind damit direkt oder indirekt von den Folgen chronischer Erkrankungen betroffen. Stigmatisierung und die sozialen Folgen bei den Betroffenen lassen sich jedoch nicht in Daten erfassen. Dennoch ist klar, dass chronische Erkrankungen zu starken psychischen Belastungen und langfristig sogar zur sozialen Isolation führen können. Vor allem, wenn sie bei medizinischen Produkten, die ihnen ein aktives Leben ermöglichen, finanziell immer weniger unterstützt werden. Denn im Alltag und vor allem am Arbeitsplatz versuchen die meisten Betroffenen, ihre Erkrankung und deren Folgen zu verbergen – sofern dies möglich ist.

1. Inklusion im Beruf

Begriffsdefinition

Wörtlich übersetzt bedeutet Inklusion Zugehörigkeit. In einer inklusiven Gesellschaft sollen alle Menschen gleichberechtigt leben. Es ist normal, unterschiedlich zu sein. Voraussetzung dafür ist, dass sich die Menschen mit Behinderung nicht an die Umstände anpassen müssen. Vielmehr ist es Aufgabe einer inklusiven Gesellschaft, die Umgebung im Alltag und Beruf so zu gestalten und auszustatten, dass eine Behinderung oder Erkrankung kein Handicap ist.

Aktuelle Situation am Arbeitsmarkt

Seit der Wiedervereinigung waren die Arbeitslosenzahlen nicht mehr so niedrig, wie im Oktober 2015. Jedoch profitieren Menschen mit Behinderung nicht von dieser positiven Entwicklung. Mit 13,9 Prozent² liegt deren Arbeitslosenquote fast doppelt so hoch wie

bei Menschen ohne Behinderung. Es wird sogar davon ausgegangen, dass die Dunkelziffer noch viel höher liegt. Denn viele Menschen mit Beeinträchtigung stehen zwar generell dem Arbeitsmarkt zur Verfügung. Sie haben jedoch die Arbeitssuche mithilfe der Bundesagentur für Arbeit aufgegeben, da sie von vornherein geringe Erfolgsaussichten auf eine Anstellung haben.

Inklusion als Menschenrecht

In der UN-Behindertenrechtskonvention ist Inklusion als Menschenrecht festgeschrieben. In dem internationalen Vertrag haben sich die Staaten verpflichtet, die Rechte von Menschen mit Behinderungen zu fördern, zu schützen und zu gewährleisten. Deutschland hat jedoch für den bisherigen Fortschritt bei der Umsetzung der Inklusion im Frühjahr 2015 von den Vereinten Nationen eine glatte Fünf bescheinigt bekommen. Der Grund: Bund, Länder und Kommunen tun sich schwer, die Rechte von Menschen mit Behinderungen zu

1. Coloplast: Studie zur Inklusion in Beruf und Alltag

2. Bundesagentur für Arbeit: Arbeits- und Ausbildungsmarkt September 2015

3. Aktion Mensch: Zahlen & Fakten, Der Arbeitsmarkt in Deutschland

4. Aktion Mensch: Inklusionsbarometer Arbeit 2015

verbessern – und das auf allen Ebenen und in fast allen Themenbereichen.

Rechtliche Grundlage in Deutschland

Im Sozialgesetzbuch ist festgelegt, dass Unternehmen ab 20 Mitarbeiter mindestens einen Menschen mit Behinderung einstellen müssen. Erfüllen sie diese Vorgabe nicht, droht eine Strafe von bis zu 290 Euro. Derzeit erfüllen die privaten Arbeitgeber ihre Beschäftigungspflicht noch nicht vollständig, die Quote liegt bei 4,1 Prozent.³ Typische Bedenken der Unternehmer: Chronisch Kranke und Behinderte sind weniger belastbar, arbeiten ineffizienter und verursachen somit am Ende mehr Kosten als „gesunde“ Mitarbeiter. Deswegen zahlen sie lieber eine Ausgleichsabgabe und besetzen vakante Positionen mit körperlich nicht eingeschränkten Bewerbern. Etwas über 40 Prozent der Arbeitgeber, die unter diese Regelung fallen, müssen derzeit keine Ausgleichsabgabe mehr zahlen.⁴ Besser sieht die Lage bei öffentlichen Arbeitgebern aus. Sie erfüllen die Behindertenquote in der Regel. Werden chronisch Kranke eingestellt, erhalten sie jedoch häufig deutlich weniger Gehalt als Menschen ohne Beeinträchtigung – auch bei gleicher Qualifikation.⁵

Ein Blick ins Ausland

Zwar gibt es in Deutschland Handlungsbedarf, dennoch sind in der Bundesrepublik 51 Prozent der behinderten Menschen erwerbstätig. Damit liegen Unternehmen hierzulande leicht über dem europäischen Durchschnitt, der bei 47 Prozent liegt.⁶ Spitzenreiter innerhalb der EU ist Schweden. Nach einer aktuellen Studie von GESIS⁷ ist hier die Erwerbstätigenquote von Menschen mit Einschränkungen in alltäglichen Aktivitäten am höchsten (66 Prozent). Die Behindertenpolitik in Schweden basiert auf einem sozialpolitischen Modell. Gehandicapte Menschen gelten in dem skandinavischen Land als gleichwertige Arbeitnehmer. Basis für die erfolgreiche berufliche Inklusion sind zivilrechtliche Antidiskriminierungs- und Gleichstellungsgesetze, Bauvor-

schriften sowie Richtlinien im öffentlichen Verkehr. Trotz aller gesellschaftspolitischen Maßnahmen ist in allen Ländern die allgemeine Lage auf dem Arbeitsmarkt ausschlaggebend dafür, ob eine Inklusion erfolgreich ist – oder nicht.

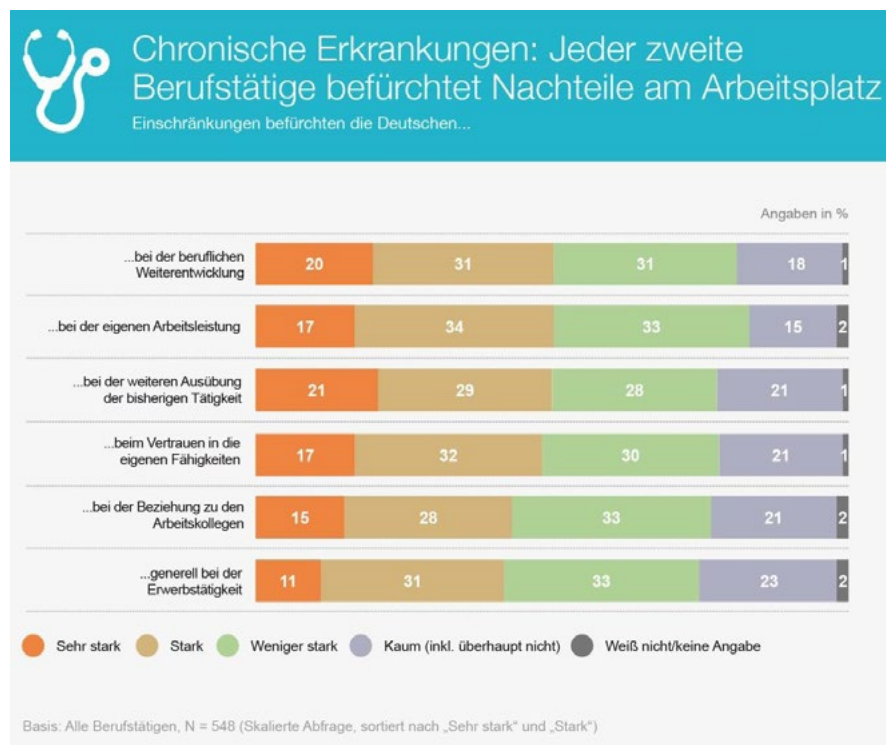
2. Einordnung

Wo liegen die Probleme?

In Deutschland geben 14 Prozent⁸ der

erwerbstätigen behinderten Menschen an, dass sie eine Hilfe in Anspruch nehmen. Das kann eine persönliche Assistenz, eine technische Arbeitsplatzanpassung oder eine besondere Arbeitsvereinbarung sein. Der Bedarf ist generell sehr hoch – so sagen über die Hälfte der nicht erwerbstätigen behinderten Menschen, dass sie eine solche Hilfe benötigen würden, um eine Arbeit aufzunehmen.

Diese Zahlen spiegeln sich auch in den Befürchtungen der Deutschen wider:



Junge Berufstätige befürchten stärkere Einschränkungen durch eine sehr persönliche chronische Erkrankung.

Berufliche Einschränkungen: „Sehr stark“ + „Stark“	Total	Alter*			
		18-29 Jahre	30-44 Jahre	45-59 Jahre	60 J. und älter
Basis	548	86	197	227	27
Berufliche Weiterentwicklung	51 %	58 %	54 %	48 %	37 %
Eigene Arbeitsleistung	51 %	69 %	50 %	46 %	43 %
Die weitere Ausübung der bisherigen Tätigkeit	50 %	71 %	51 %	42 %	50 %
Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten	49 %	55 %	56 %	43 %	29 %
Beziehung zu den Arbeitskollegen	43 %	56 %	47 %	37 %	33 %
Generell einer Erwerbstätigkeit nachgehen	42 %	60 %	43 %	35 %	29 %

■ 5 Prozentpunkte und mehr unter Gesamtdurchschnitt
 ■ 5 Prozentpunkte und mehr über Gesamtdurchschnitt

5. Bundesministerium für Arbeit und Soziales: Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen

6. Ildw – Informationsdienst Wissenschaft: Inklusion behinderter Menschen auf dem EU-Arbeitsmarkt noch weit von UN-Zielvorgaben entfernt

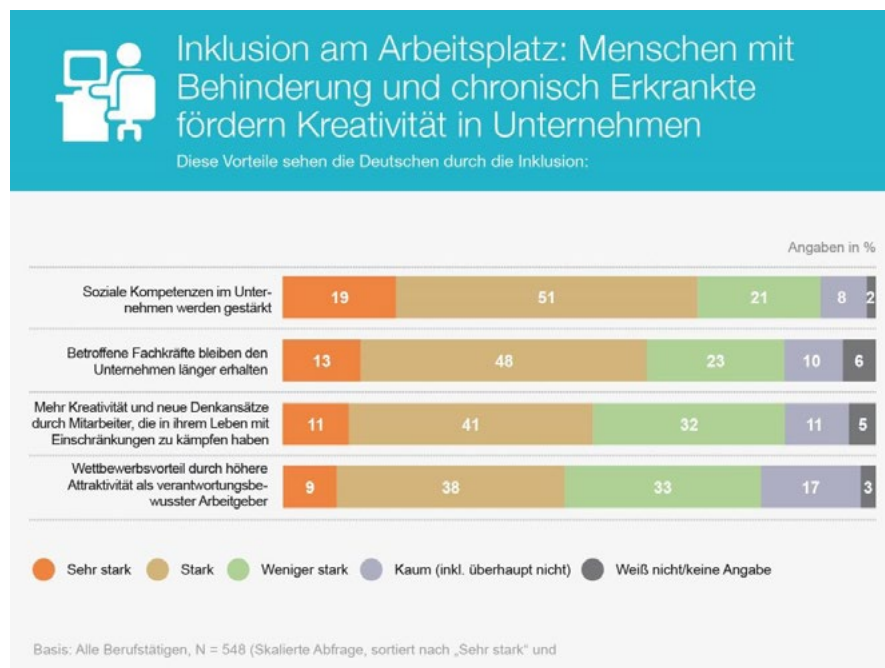
7. GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften: Inklusion behinderter Menschen auf dem EU-Arbeitsmarkt noch weit von UN-Zielvorgaben entfernt, 2015

8. ISI 53 Informationsdienst soziale Indikatoren: Deutschland noch weit von UN-Zielvorgaben entfernt

Denn trotz einer immer besseren medizinischen Technik und qualitativ hochwertigen Hilfsmitteln rechnet die Mehrheit der berufstätigen Deutschen mit großen Schwierigkeiten, sollten sie an einem sehr persönlichen dauerhaften Leiden erkranken. Jeweils 51 Prozent⁹ befürchten, dass dies ihre eigene Arbeitsleistung und ihre berufliche Weiterentwicklung einschränken würde. Die Hälfte geht davon aus, dass eine intime chronische Erkrankung wie zum Beispiel Inkontinenz die weitere Ausübung ihrer bisherigen Tätigkeit einschränken würde. Am stärksten ausgeprägt sind diese Ängste unter jungen Leuten. Mehr als alles andere fürchten die Berufstätigen im Alter von 18 bis 29 Jahren, ihre bisherige Tätigkeit nicht weiter ausüben zu können. 71 Prozent von ihnen rechnen hier mit starken oder sehr starken Einschränkungen. Direkt dahinter folgt mit 69 Prozent die Angst, die eigene Arbeitsleistung könnte unter einer sehr persönlichen chronischen Erkrankung leiden. Gleichzeitig können sich die meisten Menschen nicht vorstellen, eine persönliche chronische Erkrankung mit ihrem gesamten Kollegenkreis zu teilen. Nur 15 Prozent¹⁰ der Deutschen würden im Falle einer intimen chronischen Krankheit diese mit allen Kollegen besprechen. 59 Prozent sprächen mit wenigen, ihnen besonders nahestehenden Kollegen über die Erkrankung. Mit 26 Prozent würde mehr als jeder vierte Deutsche die Krankheit am Arbeitsplatz komplett geheim halten.

Wirtschaftliche und gesellschaftliche Vorteile

Die wichtigste Inklusionsmaßnahme in Unternehmen ist ein Umdenken in den Köpfen. Menschen mit Behinderungen oder chronischen Krankheiten werden noch zu oft zuerst als behindert oder krank angesehen und das wird meist auch noch automatisch mit ‚nicht leistungsfähig‘ gleichgesetzt. Diese Einstellung diskriminiert die Betroffenen – und ist auch wirtschaftlich unsinnig. Denn eine gesundheitliche Einschränkung im Leben des Betroffenen durch



eine Krankheit oder Behinderung hat nicht automatisch eine Auswirkung auf seine Eignung im Beruf und die Qualität der Arbeit. Laut Schätzungen des Instituts für Betriebs- und Volkswirtschaft könnte in Deutschland 20 Milliarden Euro¹¹ mehr erwirtschaftet werden, wenn chronisch Kranke von ihren Arbeitgebern bei der Bewältigung und Behandlung der Krankheit besser unterstützt werden würden. Ein weiterer ausschlaggebender Punkt ist der demografische Wandel. Mit ihm wird die Zahl der chronisch Erkrankten weiter steigen. Je älter wir werden, desto größer ist unser persönliches Erkrankungsrisiko. Arbeitgeber können es sich künftig angesichts fehlender Fachkräfte nicht mehr leisten, auf qualifizierte Mitarbeiter zu verzichten, nur weil sie ein persönliches medizinisches Handicap haben. Unternehmen müssen sich auf beeinträchtigte Mitarbeiter einstellen – wozu sie ohnehin bereits durch die soziale Gesetzgebung verpflichtet sind.¹²

Bezieht man die betriebswirtschaftlichen Vorteile für Unternehmer ein, so handelt es sich letztendlich bei der Inklusion um eine klassische Win-win-Situation. Denn eine geregelte Arbeit hat viele positive Facetten für chronisch Kranke: Eine berufliche Tätigkeit ist ein wichtiger gesundheitsfördernder Faktor,

der Vereinsamung und Isolation vorbeugen kann. Denn für die Psyche und den Krankheitsverlauf der jeweiligen Person ist es wichtig, an Arbeitsprozessen teilzunehmen – und gebraucht zu werden. Sie gewinnen dadurch Selbstvertrauen und nehmen am gesellschaftlichen Leben teil.

3. Inklusion im Alltag

Was können Angehörige tun?

Ratschläge und Hilfsangebote sind gut gemeint. Aber in der ersten Phase einer einschränkenden, chronischen Erkrankung sollten sich Freunde und Angehörige vorerst zurückhalten. Die meisten neu Erkrankten brauchen eine gewisse Zeit, um die veränderten Umstände zu akzeptieren. In dieser Phase ist es für sie meistens wichtiger, jemanden zu haben, der ihnen zuhört und Akzeptanz und Verständnis für ihre Gefühle zeigt. Eine weitere Grundregel lautet: Gegen den Willen eines Betroffenen sollte man seine Krankheit oder die daraus folgenden Beschränkungen nicht öffentlich bekannt machen. Zumal es viele Einschränkungen gibt, die einerseits sehr persönlicher Natur sind, andererseits aber mit den heutigen Möglichkeiten durchaus gut und diskret zu handhaben sind, wie zum Beispiel Inkontinenz.

9. Coloplast: Studie zur Inklusion in Beruf und Alltag

10. Coloplast: Studie zur Inklusion in Beruf und Alltag

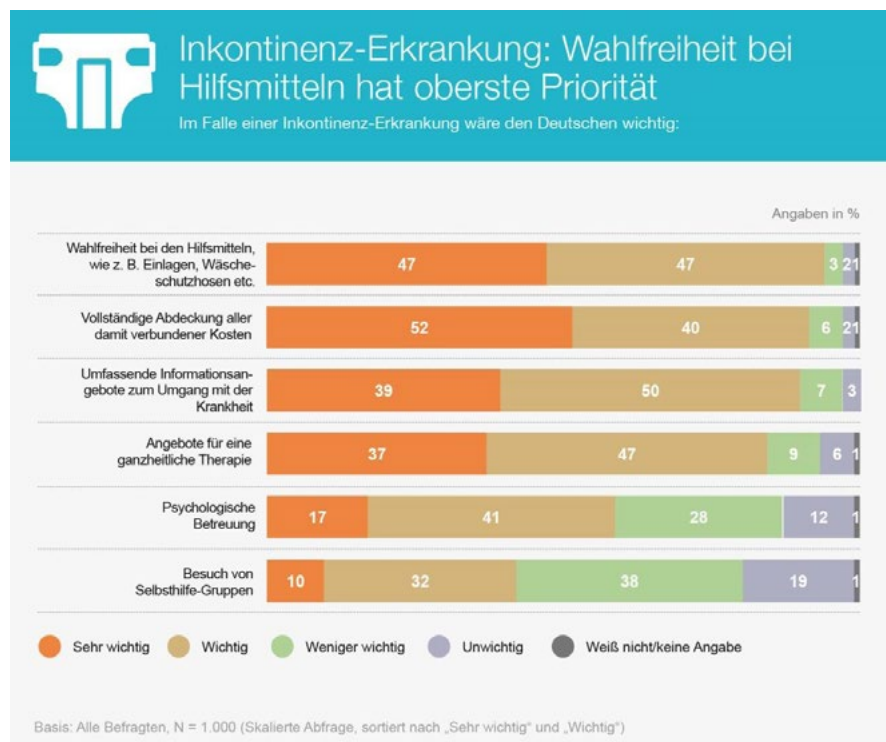
11. Institut für Betriebswirtschaft und Volkswirtschaft (IBES) Diskussionsbeitrag Nr. 200, Wasem, J et al (2013): Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit vor dem Hintergrund des demografischen Wandels. Universität Duisburg-Essen.

12. Nach dem Sozialgesetzbuch müssen ab einer Betriebsgröße von 20 Mitarbeitern fünf Prozent der Arbeitsplätze an Menschen mit Behinderung vergeben.

Neben individueller, persönlicher Fürsorge für die Betroffenen steht aber auch die Gesellschaft insgesamt in der Pflicht, mehr Anstrengungen bei der Inklusion chronisch Erkrankter zu unternehmen. So sehen es die meisten Deutschen: Mehr als acht von zehn Bundesbürger¹³ sind der Meinung, dass für die Inklusion von Menschen mit körperlichen oder geistigen Behinderungen, schweren Erkrankungen wie Krebs, sehr persönlichen Einschränkungen wie Inkontinenz oder psychischen Erkrankungen noch viel oder sehr viel getan werden muss.

Enorme finanzielle Belastung für Patienten

Wenn das Tragen von Windeln im Fall von Inkontinenz nötig wird, kann dies schnell sehr teuer werden. Deswegen sind Krankenkassen verpflichtet, die Kosten für die Einmal-Windeln für Patienten zu übernehmen, die mindestens unter einer mittelgradigen Inkontinenz (Stuhlinkontinenz sowie Harninkontinenz) leiden. Im Hilfsmittelverzeichnis ist festgelegt, ab welchem Grad einer Inkontinenz Patienten die nötigen hygienischen Mittel von den Krankenkassen bezahlt bekommen. Verliert ein Patient mindestens 100 ml Urin in vier Stunden¹⁴, bekommt er Unterstützung seitens der Kassen. Er muss immer noch zehn Prozent des Preises, aber maximal zehn Euro pro Monat selbst zahlen. Ausnahme: Der Patient ist von einer Zuzahlung befreit. Das ist der Fall, wenn er die sogenannte Befreiungsgrenze erreicht. Diese liegt bei zwei Prozent des Bruttoeinkommens pro Jahr. Im Klartext: Überschreiten die Kosten diese zwei Prozent, kann der Patient sich von seinen Zuzahlungen befreien lassen. Bei chronisch Kranken liegt die Befreiungsgrenze bei einem Prozent. Was viele Patienten nicht wissen: Krankenkassen haben Lieferantenverträge mit den Produktherstellern. In diesen Verträgen ist festgelegt, welcher Preis für welche Produkte bezahlt wird. Es wird also nicht immer nur vom billigsten Hilfsmittel ausgegangen. Aber natürlich möchten die Kassen Kosten sparen. Rein theoretisch haben Patienten also eine gewisse Wahl-



möglichkeit. Vor allem im Bereich der aufsaugenden Inkontinenzversorgung hat sich eine Zuzahlungspraxis etabliert, bei der der Patient privat etwas beisteuern muss, wenn er ein besseres und hochwertigeres Produkt wählt. Ein Verfahren, dem auch die deutsche Gesundheitspolitik sehr kritisch gegenüber steht. Eine Ausnahme gibt es dennoch: Sind die individuellen Produkte aus medizinischer Sicht notwendig, muss die Krankenkasse die Mehrkosten tragen.

Hilfsmittel-Wahlfreiheit als Schlüssel für die Teilhabe

Fakt ist, dass sich viele chronisch körperliche Beschränkungen, wie zum Beispiel Inkontinenz, mit modernen Hilfsmitteln so gut beherrschen lassen, dass sie im Alltag kein Hindernis mehr sind. Hinderlich für eine erfolgreiche Inklusion ist, wenn die Betroffenen bei diesen Hilfsmitteln keine Wahlfreiheit haben. Erstattungskürzungen der Krankenkassen führen jedoch dazu, dass Betroffene ihre eigene Inklusion letztendlich selbst bezahlen müssen. Denn nur so kommen sie an die Produkte, die ihnen den für ihren Arbeitsplatz und ihre indi-

viduelle Situation passenden Schutz mit dem richtigen Grad an Zuverlässigkeit bieten. So sieht das auch eine breite Mehrheit der Deutschen: Mehr als 90 Prozent¹⁵ halten eine Wahlfreiheit bei Inkontinenz-Hilfsmitteln und eine vollständige Abdeckung der damit verbundenen Kosten für wichtig oder sehr wichtig.

4. Über die Coloplast GmbH

Coloplast ist führender Anbieter medizinischer Produkte und Serviceleistungen für Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen. Die Kerngeschäftsfelder sind Stomaversorgung, Kontinenzversorgung, Wundversorgung und Urologie. Der Jahresumsatz des Unternehmens betrug zuletzt weltweit mehr als 1,5 Mrd. Euro. Coloplast A/S wurde 1957 in Dänemark gegründet und beschäftigt mehr als 10.000 Mitarbeiter. Das Unternehmen hat Niederlassungen in mehr als 40 Ländern und Produktionsstätten in China, Dänemark, Ungarn, Frankreich und den USA. Die Unternehmenszentrale ist in Humlebæk in Dänemark. Die Coloplast GmbH mit Sitz in Hamburg besteht seit 1983 und hat derzeit 550 Mitarbeiter.

Diese Regelung betrifft sowohl private als auch öffentliche Arbeitgeber.

13. Coloplast: Studie zur Inklusion in Beruf und Alltag

14. Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e.V.: Müssen Behinderte im Monat 89 Euro für Windeln dazu bezahlen?

15. Coloplast: Studie zur Inklusion in Beruf und Alltag

Ergebnisse: Alltag

Wer von einer chronischen Erkrankung betroffen ist, würde im Fall einer Inkontinenz-Erkrankung häufiger Selbsthilfegruppen nutzen.

Möglichkeiten	Total	Betroffene im persönlichen Umfeld*		
		Selbst betroffen	Im direkten Arbeits- oder Privatumfeld betroffen	Nicht im direkten Umfeld betroffen
Basis	1000	113	322	543
Wahlfreiheit bei den Hilfsmitteln, wie z. B. Einlagen, Wäscheschutzhosen etc.	94 %	89 %	95 %	95 %
Vollständige Abdeckung aller damit verbundener Kosten	92 %	92 %	95 %	91 %
Umfassende Informationsangebote zum Umgang mit der Krankheit	89 %	77 %	90 %	91 %
Angebote für eine ganzheitliche Therapie	84 %	76 %	83 %	86 %
Psychologische Betreuung	58 %	53 %	60 %	58 %
Besuch von Selbsthilfegruppen	42 %	51 %	39 %	41 %

■ 5 Prozentpunkte und mehr unter Gesamtdurchschnitt ■ 5 Prozentpunkte und mehr über Gesamtdurchschnitt

Ostomy Care
Urology & Continence Care
Wound & Skin Care

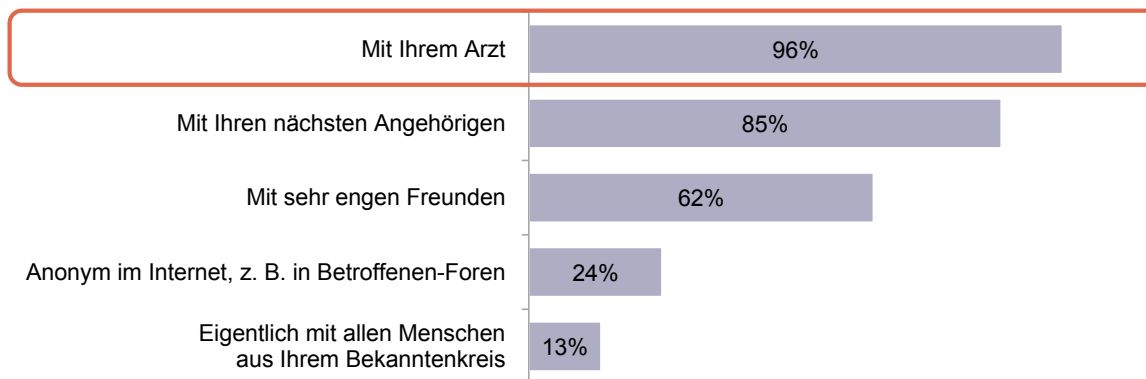
Page 10

Wie wichtig wären Ihnen im Falle einer Inkontinenz-Erkrankung die folgenden Möglichkeiten?
Basis: Alle Befragten, N = 1.000 (Skalierte Abfrage) *ohne Nennung „keine Angabe“: N = 22



Ergebnisse: Alltag

Vertrauensperson: Annähernd jeder Befragte würde bei einer Erkrankung wie Inkontinenz mit einem Arzt sprechen.



Ostomy Care
Urology & Continence Care
Wound & Skin Care

Page 3

Einmal angenommen, Sie würden an einer sehr persönlichen chronischen Erkrankung wie Inkontinenz leiden. Mit welchen Personen würden Sie darüber sprechen?
Basis: Alle Befragten, N = 1.000 (Mehrfachnennung)



Grafiken: Coloplast

Ergebnisse: Alltag

Freunde und Internet-Foren wären für Betroffene, die bereits an einer chronischen Erkrankung leiden, weniger oft eine Gesprächsoption.

Gesprächspartner	Total	Betroffene im persönlichen Umfeld*		
		Selbst betroffen	Im direkten Arbeits- oder Privatumfeld betroffen	Nicht im direkten Umfeld betroffen
Basis	1000	113	322	543
Mit Ihrem Arzt	96 %	96 %	97 %	95 %
Mit Ihren nächsten Angehörigen	85 %	88 %	87 %	83 %
Mit sehr engen Freunden	62 %	50 %	64 %	63 %
Anonym im Internet, z. B. in Betroffenen-Foren	24 %	18 %	26 %	24 %
Eigentlich mit allen Menschen aus Ihrem Bekanntenkreis	13 %	11 %	12 %	15 %

■ 5 Prozentpunkte und mehr unter Gesamtdurchschnitt ■ 5 Prozentpunkte und mehr über Gesamtdurchschnitt

Ostomy Care
Urology & Continence Care
Wound & Skin Care

Page 4

Einmal angenommen, Sie würden an einer sehr persönlichen chronischen Erkrankung wie Inkontinenz leiden. Mit welchen Personen würden Sie darüber sprechen?
Basis: Alle Befragten, N = 1.000 (Mehrfachnennung) *ohne Nennung „keine Angabe“: N = 22



Ergebnisse: Alltag

Neue Anonymität: Für Betroffene unter 45 Jahren sind Internetforen eine wichtige Ergänzung zu anderen Gesprächspartnern.

Gesprächspartner	Total	Alter*			
		18-29 Jahre	30-44 Jahre	45-59 Jahre	60 J. und älter
Basis	1.000	158	226	280	315
Mit Ihrem Arzt	96 %	92 %	98 %	97 %	96 %
Mit Ihren nächsten Angehörigen	85 %	79 %	93 %	89 %	80 %
Mit sehr engen Freunden	62 %	62 %	76 %	68 %	47 %
Anonym im Internet, z. B. in Betroffenen-Foren	24 %	37 %	39 %	23 %	8 %
Eigentlich mit allen Menschen aus Ihrem Bekanntenkreis	13 %	7 %	17 %	13 %	14 %

■ 5 Prozentpunkte und mehr unter Gesamtdurchschnitt ■ 5 Prozentpunkte und mehr über Gesamtdurchschnitt

Ostomy Care
Urology & Continence Care
Wound & Skin Care

Page 5

Einmal angenommen, Sie würden an einer sehr persönlichen chronischen Erkrankung wie Inkontinenz leiden. Mit welchen Personen würden Sie darüber sprechen?
Basis: Alle Befragten, N = 1.000 (Mehrfachnennung) *ohne Nennung „keine Angabe“: N = 21





DAS „normale“ UND DAS „aufwändige“ Stoma

8. Stomakongress Donaueschingen

Mechthilde Birk und Prof. Dr. Dr. Norbert Runkel hatten zum mittlerweile 8. Südwestdeutschen Stoma Kongress nach Donaueschingen eingeladen. Etwa 200 Teilnehmende folgten der Einladung am Freitag, den 04. März 2016. Erneut waren die Mitglieder des Landesverbandes Baden-Württemberg der Deutschen ILCO e.V. mit mehr als 40 Aktiven vertreten. Nicht nur als teilnehmende im Auditorium, sondern mit engagierten Vorträgen und Diskussionsbeiträgen unterstützten diese Damen und Herren das Tagungsprogramm. Mehrere Ärztinnen und Ärzte aus der Dermatologie und der Allgemein- und Viszeralchirurgie trugen unterschiedliche Perspektiven des Programms vor. Ergänzt wurden diese Themen durch

Fachvorträge der referierenden Pflegeexperten.

In seiner Begrüßung erinnerte Herr Prof. Dr. Dr. Runkel an die grundlegende Zielsetzung dieser regionalen Kongressveranstaltung. Mit diesem Kongress wollen die beteiligten Organisatoren und Organisationen ein hohes Niveau der Stomatherapie im Südwesten Deutschlands sichern.

Dass dieses Anliegen keinesfalls an Bedeutung verliert machte Herr Prof. Dr. Dr. Runkel unter anderem daran fest, dass nach Interpretation aussagekräftiger Studienergebnisse auch heute noch bei einem hohen Prozentsatz der operierten Patienten eine Anastomosen-Insuffizienz die schlimmste Komplikati-

on des Heilungsverlaufs darstellt. Zum Schutz vor den Folgen der Insuffizienz für die Gesundheit und das Leben der Menschen sollte man daher nicht zögern, im Zweifelsfall die Nahtverbindung durch ein protektives Stoma zu sichern.

Da heutzutage vermehrt Menschen im höheren Lebensalter unter möglichen Begleiterkrankungen operiert werden, prophezeite Herr Prof. Dr. Dr. Runkel eine steigende Zahl der Stomaanlagen. Natürlich kommen viele dieser Stomaträger binnen kurzer Zeit dann zur Rückverlagerung ihrer Stomaanlagen. Dennoch besteht selbstverständlich auch bei diesen temporären Stomaanlagen ein großer Bedarf für Anleitung, Schulung und Beratung dieser Menschen durch



qualifizierte Pflegeexperten in der Stomatherapie.

Aufgrund dieser geschilderten Entwicklung ist auch zukünftig mit einer gewissen Anzahl von Menschen mit einer „aufwändigen“ Stomaanlage zu rechnen. Ziel dieser Kongressveranstaltung war daher, den Begriff des „aufwändigen Stomas“ genauer zu definieren und einzugrenzen.

Der Vorsitzende des Landesverbandes Baden-Württemberg der Deutschen ILCO, Kurt Kern begrüßte die Anwesenden im Namen der Selbsthilfe und stellte die Frage nach der Erforschung der individuellen Ängste der Betroffenen mit einer Stomaanlage in den Mittelpunkt seiner Ausführungen.

Gleich nach der Begrüßung durch Herrn Kern folgten zwei Beiträge von Mitgliedern der Deutschen ILCO. Sie schilderten als Selbstbetroffene die besonderen Erlebnisse aus ihren eigenen Lebenserfahrungen.

Zunächst ging Frau Rita Scharmann auf die Ängste, Nöte und Bedürfnisse der Menschen mit einer Ileostomie ein. Sie schilderte sehr eindrucksvoll das Erleben der Belastungen durch die Erkrankung an einer Colitis Ulcerosa. Sie beschrieb geradezu ihre Erleichterung nach erfolgter Stomaanlage aufgrund der Befreiung von den belastenden und stark schmerzhaften Durchfallattacken aufgrund der schweren Darmerkrankung. Erst die Stomaanlage verschaffte ihr die nötige Linderung und stellte somit den Beginn Ihrer persönlichen Rekonvaleszenz dar. Nur aufgrund der Stomaanlage gelang dann die Rehabilitation und vollständige Eingliederung in ihr Lebensumfeld. Sie betonte aus Ihrer Erfahrung die Wichtigkeit der präoperativen Stomamarkierung als grundlegende Voraussetzung für eine gute Lebensqualität mit dem Stoma.

Frau Scharmann definierte die Bedürfnisse der Menschen mit einer Ileostomie aus Ihrer Sicht wie folgt:

- Sicherheit in der Stomaversorgung
- Erreichbarkeit qualifizierter Stomatherapeuten
- Bewahrung intakter Hautverhältnisse in der Stomaumgebung
- Einbeziehung des Betroffenen in den Austausch im Behandlungsteam

Prof. Patrick Schloss berichtete über sein Schicksal als ehemaliger Krebspatient mit einer Kolostomie.

Er wies ausführlich auf die Vielseitigkeit der unterschiedlichen Kolostomiearten hin.

Er beschrieb aus persönlichem Erleben die angstvolle Situation des Betroffenen vor der geplanten Operation zur Stomaanlage hin und forderte ein individuelles Berücksichtigen dieser Ängste im Behandlungsablauf durch die Beteiligten. Ausführliche und angemessene Informationen der betroffenen Menschen können entscheidend helfen, diese Ängste zu lindern.

Prof. Schloss konnte für sich den enormen Gewinn an Lebensqualität beschreiben, aufgrund der Durchführung der Irrigationstechnik. Sehr eindrücklich gelang die Beschreibung des Tagesablaufs unter Anwendung der Irrigation und der damit erzielten Sicherheit in der Versorgung seiner Kolostomie. Werner Droste stellte in seinem Beitrag Kriterien für eine „optimale“ Stomaanlage zusammen und versuchte gemäß der Aufgabenstellung die Objektivität dieser Kriterien zu belegen.

Hier wurde sehr deutlich, dass eine Beschreibung der Qualität einer Stomaanlage als „normal“, „optimal“ oder „aufwändig“ nicht ganz einfach herzustellen ist. Die Heterogenität der Stoma-Arten und technischen Ausführungen machen dies so schwierig. Hier entwickelte sich die Idee, dass eine kleine Arbeitsgruppe aus Experten der Stomatherapie und der Selbsthilfe diese Definitionslücke schließen sollte. Übergeordnet stellte Werner Droste fest, dass die individuelle Quali-

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

Diakonisches Institut für Soziale Berufe

Frau Brigitte Sachsenmaier

Bodelschwinghweg 30

89160 Dornstadt

Tel.: + 49 73 48 98 74 0

Fax: + 49 73 48 98 74 30

E-Mail: info@diakonisches-institut.de

www.diakonisches-institut.de

DAA – Deutsche Angestellten Akademie Institut Nordhessen/Zweigstelle Kassel

Frau Andrea Schmidt-Jungblut

Angersbachstr. 4

34127 Kassel

Tel.: + 49 561 807 06 0

Fax: 0561 80706-188

E-Mail: Andrea.Schmidt-Jungblut@daa.de

www.daa-kassel.de

Bildungszentrum Ruhr Institut für Bildung und Management im Gesundheitswesen

Sekretariat Fr. Marion Lach

Hospitalstr. 19

44694 Herne

Tel.: + 49 2325 986 2738

Fax: + 49 2325 986 2739

E-Mail: sekretariat@bildungszentrumruhr.de

www.bildungszentrum-ruhr.de

Wannsee-Akademie

Frau Iris Zeyen-Rohrbeck

Zum Heckeshorn 36

14109 Berlin

Tel.: 030 80 686-041

Fax: 030 80686-404

E-Mail: IZR@wannseeschule.de

www.wannseeschule.de

Mathias Hochschule Rheine Akademie für Gesundheitsberufe

Herr Andreas Holtmann

Frankenburgstr. 31

48431 Rheine

Tel.: 05971/42 1172

Fax: 05971/42 1116

E-Mail: a.holtmann@mathias-spital.de

www.mathias-stiftung.de



tät der Stomaanlage entscheidend für die Lebensqualität der betroffenen Menschen ist. Leider ist ein komplikationsbehaftetes Stoma oft im konkreten Einzelfall dafür verantwortlich, dass sich im Leben der Betroffenen alles nur noch um das Stoma dreht. Nur mit einer guten Stomaanlage kann es gelingen, dass die betroffenen Menschen ihr Stoma letztlich als eine selbstverständliche Nebensächlichkeit erleben.

Prof. Ludger Staib nahm in seinem nachfolgenden Beitrag die Herausforderung an, das „aufwändige Stoma“ zu beschreiben.

Beginnend mit der Aufklärung des Patienten zur Stomaanlage und der Planung des Eingriffs beschrieb Herr Prof. Staib die Feinheiten der chirurgischen Technik zur Stomaanlage. Er erweiterte seinen Beitrag mit Fallbeispielen von Versorgungssituationen mit „aufwändigen Stomaanlagen“.



Er ging des Weiteren auf die Argumentation bei besonders aufwändigen Stoma-Versorgungen gegenüber den Kostenträgern ein und schloss mit der Darstellung seiner vorerst vergeblichen Bemühungen, die Leistungen zur Stomatherapie in der ambulanten Versorgung in seiner Klinik erstattungsfähig gestalten zu können.

Im Auditorium wurden diese Schilderungen nachfolgend von den Anwesenden diskutiert und kommentiert.

Prof. Bernd Reith stellte in seinem Beitrag den Begriff der „ungewöhnlichen Stomaanlage“ in den Fokus. Unter anderem zeigte er Fallbeispiele von komplizierten Stomaanlagen in Kombination mit enteroathmosphärischen Fisteln. Hier wurden dann Wundbehandlungsmaßnahmen unter Verwendung der Niederdruck-Therapie vorgestellt und fachkundig erläutert.

Prof. Ekkehard Jehle übernahm in seinem Beitrag die Aufgabe, die Rolle der Ausscheidung in Bezug auf Sicherheit und Aufwändigkeit einer Stomaversorgung darzustellen.



Prof. Jehle berichtete über das „High-Output-Stoma“ als besondere Behandlungs- und Versorgungsherausforderung. Hier konnte er sehr intensiv die Bemühungen im stationären und ambulanten Bereich beschreiben, die erforderlich sind, um diesen Patienten schlimme Komplikationen zu ersparen und einer permanent vorhandenen Gefährdung

des Lebens vorzubeugen.

Frühmaßnahmen in der Klinik und Langzeitanforderungen in der ambulanten Nachsorge wurden anhand von Therapiekonzepten vorgestellt und allgemein diskutiert.

Herr Prof. Jehle wandte sich mit einem Appell an die herstellende Industrie und forderte die Errichtung einer Messvorrichtung an den Ausstreifbeuteln für Ileostomieträger, um die Menge der Ausscheidungen einfach und schnell ermitteln zu können. Dies wäre sicherlich eine große Hilfe für die Betroffenen. Frau Dr. Gyde Staib berichtete in Ihrem Beitrag über die große Bedeutung der Ceramide als Bestandteil unserer Haut. Sie erläuterte zunächst den genauen Aufbau der menschlichen Haut und beschrieb die physiologischen Funktionen der Haut. Nachfolgend stellte sie die Bedeutung der Ceramide für die Wasserspeicherung in der Haut dar. An konkreten Beispiel stellte sie die schlimmen Folgen für die Patienten dar, wenn die Ceramide aus krankheitsbedingten Gründen in der Haut fehlen.

Sie stellte ein neues Versorgungsprodukt für Stomaträger vor, in dessen Hautschutz diese Ceramide integriert wurden, um den Wasserverlust aus der Stoma umgebenden Haut vorzubeugen. Zum Ende der Tagung präsentierte Christian Moosmann pragmatische und praxisrelevante Methoden der Wundbehandlung aus dem Alltag einer großen Wundambulanz. Anhand vieler Fallbeispiele gelang es Herrn Moosmann, die vielfältigen Einsatzbereiche der Produkte zur phasengerechten Wundbehandlung vorzustellen.

Situationsgerechte und zielgerichtete Maßnahmen zur Behandlung vielfältiger Wunden wurden den Teilnehmenden präsentiert und ihre individuelle Anwendung begründet.

Zum Abschluss der Tagung fasste Herr Prof. Dr. Dr. Runkel die Ergebnisse für die Teilnehmenden zusammen, bedankte sich bei den Referenten, Helfern und Unterstützern dieses Kongresses und den Anwesenden für die aktive und engagierte Teilnahme.

Interessierte können sich schon jetzt den folgenden Termin für den 9. Südwestdeutschen Stoma Kongress im Jahre 2017 notieren: Freitag, den 7. April 2017 (unter Vorbehalt)

Das Thema

eakin® 
Wunde · Fistel · Stoma

NEU

Midi-Wund- drainagebeutel

mit integriertem Cohesive® -
Hautschutz für Wundumgebung
und Wundrand



- + Lange Tragezeiten bis zu 5 Tagen
- + Reduzierte Versorgungswechsel
- + Weniger Pflegeaufwand
- = Kosteneffektive Versorgung

Fragen, Muster,
Bestellungen:

 **0800-22 440 22**
(gebührenfrei)

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

Alle Informationen dieser Eakin Anzeige beruhen auf Informationen, die zum Zeitpunkt der Erstellung für aktuell und korrekt gehalten werden. Eine Gewähr auf die Vollständigkeit und Richtigkeit kann jedoch nicht übernommen werden. Wir übernehmen keine Haftung für jegliche Art von Schäden, die sich aus der Nutzung der hier publizierten Informationen ergeben könnten. Sollten Sie sich für die Verwendung von in diesem Prospekt aufgeführten Medizinprodukten entscheiden, beachten Sie bitte vor deren Anwendung auch die jeweilige Gebrauchsinformation.

NEU

„Muss **Konvexität**
immer starr sein?“



Weicher
Einlagering



Flexibles,
anschmiegsames Material



Integrierte
Gürtelhalterung



Mit
Sichtfenster

„**Nein,** denn
NovaLife **Soft Convex** sorgt für

- weiche Konvexität,
- optimale Abdichtung,
- Vermeidung von Hautschäden und Drucknekrosen.“

Die Innovation von Dansac



Schwimmen mit Stoma?

Ein Tabu hält sich

Im Grunde dürfte es einen Beitrag zu diesem Thema heutzutage gar nicht geben. Die Hilfsmittel zur Stomaversorgung haben eine enorm hohe Qualität. Anleitung im Gebrauch der Versorgungsartikel erhält praktisch jeder – in Klinik, Rehaklinik oder zu Hause – und fast jeder findet eine zu ihm und seinen Bedürfnissen passende, sicher haftende und unauffällige Versorgung. In spezialisierten Rehakliniken gehört es seit langem zu den Rehazielten, Stomaträger auch wieder ans Schwimmen heranzuführen. Dank der in der S3 Leitlinie zur Behandlung des Kolorektalen Karzinoms geforderten präoperativen Stomamarkierung sollte auch ein Großteil der hausgemachten Ursachen für Probleme in und mit der Stomaversorgung der Vergangenheit angehören.

Wenn man die Beeinträchtigungen durch die Grunderkrankungen einmal außer Acht lässt, wird deutlich: Viele Stomaträger leben einen recht normalen Alltag mit Familien, Freunden und Hobbys, verreisen in der ganzen Welt, viele Stomaträger im berufstätigen Alter kehren wie selbstverständlich an ihre Arbeitsplätze zurück, etliche gründen Familien. Also sollte das Thema Inklusion eigentlich keines (mehr) sein, oder? Und doch scheint es nötig, es (wieder) zum Thema zu machen.

Immer wieder nämlich erreichen die Deutsche ILCO Informationen und Beschwerden von Stomaträgern, denen von Mitarbeitern oder Betreibern von Schwimmbädern und Saunen die Nutzung untersagt wurde. Auch die Postkartenaktion der Deutschen ILCO

zum Welt-Stoma-Tag 2015 hat als Rückmeldung ergeben, dass sich die ILCO verstärkt dieses leider immer noch andauernden Problems annehmen sollte.

In der Satzung der Deutschen ILCO ist im Selbstauftrag formuliert, dass sie dazu beitragen will, dass Menschen auch mit einem Stoma möglichst selbstständig und selbstbestimmt handeln können. Dazu gehört, dass gerade Neubetroffenen der Mut vermittelt wird, einen weitgehend „normalen“ Alltag zu leben mit Familie, Freunden, Berufstätigkeit, Hobbys, Reisen, Sport und Bewegung. Die Erfahrung, nach der Stomaanlage zumindest vieles von dem wieder machen zu können, was man vorher gerne gemacht hat, bedeutet einen enormen Zuwachs an Lebensqualität – gerade bei einer in der Gesellschaft stark tabuisierten Behinderung wie einem künstlichen Ausgang.

Nicht umsonst gehört gerade die Nutzung des Schwimmbades in auf Stomaträger eingerichteten Rehakliniken zum „Standardangebot“. Denn dass die Versorgung im Schwimmbad undicht werden oder nicht halten könnte, davor fürchten sich wohl viele neu Betroffene, die ja noch auf keine eigene Erfahrung zurückgreifen können. In diesen Kliniken werden Stomaträger daher einerseits fachlich beim Erlernen der Selbstversorgung des Stomas begleitet. Und folgerichtig werden sie auch dazu ermutigt auszuprobieren, was schon wieder geht. Dazu gehört – bei sicher haftender Versorgung – auch das Schwimmen. (Stationäre) Rehabilitationsmaßnahmen sind Teil des gesamten Behandlungs-

prozesses. Selbstversorgung des Stomas einschließlich des Erkennens von Problemen und Komplikationen und Möglichkeiten möglicher Reaktionen darauf, körperliche und seelische Stabilisierung, Informationen zur beruflichen/sozialen Rehabilitation sowie Vorbereitung auf den Alltag sind wesentliche Rehaziele bei Stomaträgern. Gesamtziel ist immer die weitgehend unbeeinträchtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.

Problembeispiele

Drei etwas unterschiedliche Problemlagen haben wir beobachtet.

Beispiel 1: Verweigerung des Zugangs zu Schwimmbecken für Stomaträger in Rehakliniken

Am häufigsten werden der ILCO derartige Verbote aus solchen Rehakliniken bekannt, die nicht gastroenterologisch bzw. gastroenterologisch-onkologisch oder urologisch-onkologisch ausgerichtet sind. Das heißt, hier tun sich Kliniken aus dem orthopädischen, internistisch-kardiologischen und neurologischen Bereich negativ hervor. In der Regel wird das Verbot mit einem allgemeinen Hinweis auf „hygienische Vorschriften“ begründet. Auf Nachfrage, wo diese nachgelesen werden können, wird abgewiegelt oder sich auch gerne auf Bestimmungen der Kostenträger berufen. Wenn wir uns aber bei den Kostenträgern erkundigt haben erfahren wir, dass diese Regelungen gar nicht existieren. Das heißt, es wird ganz offensichtlich gelogen! Warum in dieser Weise Falsches behauptet wird, können

wir nur vermuten: Sicher ist jedoch, dass dies in der Hoffnung geschieht, dass niemand der Behauptung näher nachgeht.

In Rehakliniken hat ein Betroffener meist nicht die Möglichkeit, einfach zu „verschweigen“, dass er Stomaträger ist. Diese Tatsache ist oft schon in den der Klinik vorliegenden Unterlagen angeführt, auch wenn sie für diese Rehamaßnahme keine Relevanz besitzt (Beispiel: langjähriger Stomaträger hat eine neue Hüfte bekommen). Tragisch ist, dass wir als Verband meist erst im Nachhinein von solchen Fällen erfahren – also dem Betroffenen in diesem Fall nicht mehr zu seinem Recht verhelfen können. Oder die Klärung zieht sich so lange hin, dass die Reha vorbei ist, ehe der Betroffene das Schwimmbad nutzen kann. Dennoch werden wir natürlich auch dann tätig – es geht ja auch darum, zukünftigen Rehabilitanden mit Stoma dasselbe Erlebnis zu ersparen. Insofern finden (meist telefonische) Gespräche mit

Verantwortlichen bei Kostenträgern und der Klinik statt.

Was diese Rehakliniken angeht muss die Frage erlaubt sein, wie aktuell die Kenntnisse der dortigen Fachleute sind, was moderne Stomaversorgung angeht. Wir sehen hier dringenden Nachholbedarf bei Fortbildung und Informationsmaterialien – gerade für die Ärzte, aber auch für die Physiotherapeuten.

Beispiel 2: Unsicherheit der Betroffenen in Bezug auf die Zugangsberechtigung zu allgemeinen Schwimmbecken

Gar nicht so selten auch hören wir von Stomaträgern, dass ihnen von Mitarbeitern in öffentlichen Schwimmbädern die Nutzung untersagt wurde. Das liegt allerdings nicht in erster Linie an den Angestellten der Schwimmbäder. Es liegt vor allem daran, dass Stomaträger den Bademeister oder andere Mitarbeiter (zum Beispiel an der Kasse) fragen, ob sie das Schwimmbad

benutzen dürfen. Das ist natürlich eine Überforderung des Personals, das ja nicht mehr über das Thema „Stoma“ und seine Versorgung weiß als die sonstige Bevölkerung. Aus Unkenntnis und daraus erwachsender Sorge um Verunreinigung sagt ein Bademeister dann nachvollziehbar vorsichtshalber „Nein“.

Hier sehen wir in erster Linie einen großen Aufklärungsbedarf bei den Stomaträgern selbst. Da ist einerseits natürlich die ILCO mit ihren Informationen und Angeboten zum Erfahrungsaustausch gefragt, sei es in persönlichen Gesprächen, sei es über Medien und Materialien.

Aber auch die in Akutkliniken und Darmkrebszentren arbeitenden Stomatherapeuten sowie die dort tätigen Ärzte haben eine besondere Verantwortung zur Aufklärung und Ermutigung. Das könnte – auch wenn es in der Akutsituation nicht relevant erscheint – ein erster Baustein sein.



Bild: Deutsche ILCO e.V.

In den spezialisierten Rehakliniken gehören sichere Stomaversorgung und Schwimmen ja ohnehin in der Regel zu den Rehazielen. Ein schlichter zusätzlicher Satz, dass in öffentlichen Bädern auf keinen Fall erst das Personal um Erlaubnis gefragt werden soll, könnte unseres Erachtens eine wichtige Ergänzung der Beratungsgespräche in der Klinik darstellen.

Und noch andere Einzel(?)fälle

Einen Sonderfall stellen bisher Erfahrungen mit „Schwimmgruppen“ der Rheumaliga dar. Die Rheumaliga bietet in vielen Städten ein sogenanntes Funktionstraining in Schwimmbädern an, bei dem rheumabetroffene Menschen unter Anleitung einer Übungsleiterin Bewegungsübungen im Wasser machen. Es ist ja nicht ungewöhnlich, dass auch Menschen mit Rheuma ein Stoma bekommen (oder Stomaträger an Rheuma erkranken). Die Teilnehmer am Funktionstraining kennen sich oft schon länger, so wird das Stoma dort häufig bekannt – zumindest aber erfährt die Übungsleitung davon.

In einem Fall war es die Übungsleiterin selbst, die der Stomaträgerin die Teilnahme untersagte, in einem anderen Fall fragte die Übungsleiterin in der Physiotherapieabteilung der Klinik mit dem Bewegungsbad, ob ein Stomaträger das Bewegungsbad benutzen dürfe. Das wurde verneint.

Hier gab es eine erfreulich konstruktive Zusammenarbeit mit der Deutschen Rheumaliga, bei der das ILCO-Informationsmaterial guten Nutzen leistete. Die Vizepräsidentin des Rheumaliga informierte unter der Überschrift „Informieren statt ausgrenzen“ in der Verbandszeitschrift „mobil“ darüber, dass Stomaträger durchaus am Funktionstraining teilnehmen können. Zudem äußerte sich ein Facharzt für Rheumatologie (Internist und Gastroenterologe) positiv zur Teilnahme von rheumabetroffenen Stomaträgern am Funktionstraining im Schwimmbad – die gut haftende Versorgung vorausgesetzt.

Position der Deutschen ILCO

Die Deutsche ILCO wird ihr schon länger herausgegebenes Merkblatt „Schwimmen/Sauna“ ergänzen und noch weiter verbreiten. Den Hinweis, keinesfalls das

Schwimmbadpersonal um Erlaubnis zu fragen, haben wir schon aufgenommen.

Bisher genühten meist unser Erfahrungswissen sowie die Tatsache, dass Schwimmen Bestandteil der Rehabilitation von Stomaträgern darstellt, um Probleme zu lösen. Häufig reichen den Verantwortlichen das ILCO-Infoblatt und unsere Argumente aber nicht mehr aus und werden als „nicht ausreichend fachlich“ eingestuft. Als Selbsthilfe werden wir nicht als kompetent angesehen und zudem als Vertreter von Eigeninteressen disqualifiziert. Gefordert werden ärztliche Aussagen oder weitere fachliche Stellungnahmen zu dem Thema. Dafür haben wir je einem ärztlichen Vertreter aus dem Akut- und Rehabereich folgende Fragen gestellt:

1. Sind Stomaträger unhygienischer als andere Menschen?
2. Ist die heutige Stomaversorgung/sind die modernen Hilfsmittel geeignet, dass Stomaträger ohne hygienische Bedenken ein Schwimmbad/eine Sauna nutzen können?
3. Würden Sie Stomaträgern, die das möchten und bei denen keine medizinischen Gründe dagegen sprechen, den Besuch eines Schwimmbades/einer Sauna empfehlen?

Die Antworten der beiden gefragten Ärzte lauten in Kurzform:

zu 1: nein

zu 2: ja

zu 3: ja, zumindest die Nutzung nicht untersagen

Uns liegt eine frühere Äußerung des Robert-Koch-Institutes vor, in dem es ebenfalls um die Hygiene von Stomaträgern ging, wenn auch im Zusammenhang mit Händehygiene von Stomaträgern am Arbeitsplatz. Aufgenommen haben wir daher auch den Kontakt zum Deutschen Beratungszentrum für Hygiene in Freiburg mit der Bitte um Stellungnahme. Hier warten wir noch auf die Antwort. Auch die FgSKW haben wir natürlich um Unterstützung durch eine Stellungnahme gebeten. Diese finden Sie in der nächsten Ausgabe der ILCO-Praxis.

Fazit und Ausblick

Im Grunde ist es doch erstaunlich, dass solche Verbote heute noch undifferenziert ausgesprochen werden – trotz der Verbesserungen bei den Hilfsmitteln und den nun seit Jahrzehnten guten und si-

cher haftenden Stomaartikeln. Zudem ist das Vorhandensein von Fachkräften wie Stomatherapeuten und die durch sie erfolgende Anleitung in der Verwendung der Stomaartikel seit Jahren auf einem ebenfalls hohen Standard. So sollte der größte Teil der Stomaträger über eine sicher haftende Versorgung verfügen.

Natürlich ist das der Knackpunkt bei allen Argumenten pro Schwimmbadnutzung: die sicher haftende Versorgung. Außenstehende und auch medizinische Fachkräfte, die sich aber mit dem Stoma nicht auskennen, können in der Regel nicht erkennen, ob die Versorgung gut ist. Für uns gibt es dafür nur eine Lösung: Stomaträger müssen immer so angeleitet sein, dass sie wissen, woran man frühzeitig erkennen kann, ob die Versorgung noch sicher haftet oder dabei ist „sich zu verabschieden“ – und was man dann tun sollte. Ich persönlich kenne keinen Stomaträger, der mit unsicherer Versorgung ins Schwimmbad geht und die Peinlichkeit einer womöglich gut sichtbaren Undichtigkeit freiwillig auf sich nimmt.

All dies scheint sich allerdings nicht nur in der ‚normalen Bevölkerung‘, sondern leider auch in Fachkreisen noch nicht überall herumgesprochen zu haben. Wir sehen hier nur die Möglichkeit, dass alle sach- und fachkundigen Menschen der verschiedenen Professionen gemeinsam diese unbefriedigende Situation angehen. Dazu gehören Anleitung, Information und Aufklärung, Aufklärung, Aufklärung.

Neben spezifischen behindertenpolitischen Initiativen unserer Organisation kann aber auch jeder Stomaträger und jeder, der mit Stomaträgern zu tun hat, an seinem Platz tätig werden: durch Information in seinem Kollegen- und Freundeskreis oder im Kreis der Gleichbetroffenen. Damit das erreichte Rehaziell – immerhin von den Kostenträgern und damit der Versichertengemeinschaft bezahlt – nicht nachträglich ad absurdum geführt wird. Und damit Schwimmen für jeden Stomaträger, der gut versorgt ist und der es möchte, endlich den Normalfall darstellt.

*Maria Hass
Deutsche ILCO e.V.-Bundesverband
Redaktion ILCO-PRAXIS
Referentin für Informationsarbeit und Sozialpolitik*



Stomaträger und Inklusion: wir sind mittendrin

Die Vielfalt menschlichen Lebens als Normalität erleben, dass ist das Ziel von Inklusion. Für Stomaträger kann man sich das vielleicht so vorstellen: wenn man in der Schlange an der Supermarkt-Kasse von allen schräg angeschaut wird, weil sich das Stoma gerade lautstark zu Wort meldet, genügt ein kurzes „tschuldigung, ich hab einen künstlichen Darmausgang“ und alle wissen Bescheid und niemand schaut mehr vorwurfsvoll.

Eine unvorstellbare Situation? Ganz im Gegenteil. Inklusion ist für Stomaträger durchaus greifbar und keine Utopie. Viele Stomaträger führen bereits heute ein Leben wie jeder andere auch, den Beutel am Bauch erleben sie nur selten als Einschränkungen. An ihrem Beispiel können wir ablesen, welche Voraussetzungen vorhanden sein müssen, dass Inklusion für alle Stomaträger gelingt.

Das Stoma ist kein Tabu-Thema mehr

Natürlich ist unsere Behinderung nicht offensichtlich, der Beutel am Bauch verschwindet unter unserer Kleidung und lässt sich gut verstecken. Und wir stellen uns auch nicht mit den Worten vor „Hallo, ich bin der Stefan und ich bin Stomaträger“. Aber immer mehr Betroffene gehen offen und selbstbewusst mit ihrer Behinderung um. Stomaträgerinnen zeigen sich am Strand im Bikini, der ihren Beutel am Bauch kaum verdeckt. Auf Facebook diskutieren Betroffene über Stoma-Themen unter ihrem realen Namen, sichtbar für all ihre facebook-Freunde. Und viele beteiligen sich an Aufrufen zu Foto-Aktionen, die sie mit ihrem Stoma-Beutel in ganz alltäglichen Situationen zeigen.

In unserer Gesellschaft existieren weit weniger Vorbehalte oder Ablehnung gegenüber dem „künstlichen Darmausgang“, als wir Stomaträger häufig ver-

muten. Unsere Ängste, durch laute Darmgeräusche oder „weil man etwas sehen oder riechen könnte“ als Stomaträger geoutet zu werden, sind unbegründet. Berichte über negative Reaktionen oder gar Ausgrenzung gibt es natürlich, aber sie sind die Ausnahme.

Der offene Umgang mit der eigenen Behinderung ist ein wichtiger Schritt hin zu Inklusion. Ein Schritt, der durch öffentliche Aufklärung und durch die Ermutigung zum selbstbewussten Leben mit dem Beutel am Bauch unterstützt werden kann. Aber es gehört noch mehr dazu, wenn man Inklusion ernsthaft umsetzen will.

Grundlagen für ein selbstbestimmtes Leben

Wir Stomaträger können nicht ohne den Beutel am Bauch. Ob ich meinen Job wieder aufnehmen und in meinem Verein wieder aktiv werden kann, hängt vor allem von einer zuverlässigen Hilfsmittelversorgung ab. Aber bis ein Stomaträger wieder aktiv im Leben steht ist es ein langer Weg, auf dem viel schief gehen kann.

In der gesamten Versorgungskette, von der Diagnosestellung bis zur Rückkehr in den Alltag, durchlaufen Stomaträger mehrere Stationen, die Einfluss auf die spätere Lebensqualität haben. Bereits mit der Stoma-Operation werden entscheidende Grundlagen gelegt. Hier ist

nicht nur das Handwerk des Chirurgen gefragt, sondern auch sein Verständnis für die spätere Hilfsmittel-Versorgung. Die Aufnahme der Empfehlungen zur Stoma-Markierung und prominenten Stoma-Anlage in der S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom sind ein gutes Beispiel für praktische Maßnahmen zur Umsetzung von Inklusion in der ärztlichen Versorgung.

Die qualifizierte Stomatherapie ist ein weiterer wichtiger Baustein. Vor der Operation übernehmen Stomatherapeuten die Aufklärung und führen delegierte Aufgaben wie das Anzeichnen der optimalen Stoma-Position aus. Nach der Operation leiten sie die Patienten in der Hilfsmittelversorgung an und ebnen so den Weg in ein selbstbestimmtes Leben mit der Behinderung. Aber auch danach bleiben sie wichtige Ansprechpartner, passen die Hilfsmittelversorgung an, geben Orientierung und helfen bei Komplikationen.

Aber gerade in der Klinik bleibt der Stomatherapie häufig zu wenig Zeit. Rückblickend wünschen sich viele Stomaträger bereits vor der Operation mehr Information und Aufklärung. Nicht nur darüber, was ein Stoma eigentlich ist und wie es versorgt wird. Sondern auch zu Themen, die manchmal schwierig sind, wie mögliche Folgen der Operation auf die Sexualität oder mögliche Beeinträchtigungen im Beruf. Auch Stomatherapeuten sehen hier

Bild: Selbsthilfe Stoma-Welt e.V.

einen Bedarf und häufig haben sie im Klinikalltag nicht die notwendige Zeit, um auf die individuellen Fragen der Patienten ausreichend eingehen zu können.

Auch für die Anleitung in der Hilfsmittelversorgung bleibt nach der Operation aufgrund der kürzeren Liegezeiten heute weniger Zeit. Wir empfehlen Stomaträgern deshalb häufig eine Anschlussheilbehandlung (AHB). Drei Wochen, um sich in ärztlicher und therapeutischer Betreuung zu erholen und neue Kraft zu sammeln. Und drei Wochen, um mit der Hilfsmittel-Versorgung vertraut zu werden. Leider lehnen viele Betroffene eine AHB für sich ab. Auch hier ist eine intensivere Aufklärung notwendig.

Die individuelle Betreuung durch Stomatherapeuten ermöglicht Stomaträgern den schnellen Weg zurück in ein selbstbestimmtes Leben. Die stomatherapeutischen Angebote sollten gestärkt und ausgebaut werden, entsprechende Grundlagen lassen sich z. B. im Rahmen von Zertifizierungen und in Hilfsmittelverträgen schaffen. Aber auch über die gesonderte Vergütung der therapeutischen Leistungen sollte weiter diskutiert werden, sie könnte Stomaträgern neue Wege in der ambulanten Versorgung öffnen.

Eine entscheidende Rolle in der Inklusion von Stomaträgern spielt die Qualität der Hilfsmittel. Das Ziel ist eine optimale Stomaversorgung, die zuverlässig

haftet, die Haut um das Stoma schützt und im Alltag jeder Herausforderung gewachsen ist, egal ob ich gerne Sport treibe, in die Sauna gehe oder als Verkäuferin den ganzen Arbeitstag auf den Beinen stehe.

In Deutschland können Stomaträger und Therapeuten auf eine Vielfalt an hochwertigen Stoma-Versorgungsprodukten zurück greifen und damit oft auch schwierige Versorgungssituationen meistern. Einschränkungen im Wahlrecht und damit in der Mitsprache der Betroffenen bei der Auswahl der Hilfsmittel darf es deshalb nicht geben. Und die tatsächlich benötigten Hilfsmittel müssen weiterhin in vollem Umfang von den Krankenkassen erstattet werden. Schon alleine deshalb ist es richtig, dass Ausschreibungen und die damit verbundene exklusive Vergabe der Hilfsmittel-Versorgung an Billig-Anbieter auch in der Stomaversorgung keine Option sind.

Zurück im Alltag knüpft die Selbsthilfe an die Arbeit der Therapeuten an und bietet Orientierung und Hilfe von Betroffenen für Betroffene. Der gemeinsame Erfahrungsaustausch beantwortet viele individuellen Fragen. Egal ob Schwimmen, Sauna, Beruf oder Ernährung, die positiven Beispiele anderer motivieren und geben Selbstbewusstsein im Umgang mit der eigenen Behinderung. Die Stärkung der Selbsthilfe ist damit ein weiterer wichtiger Baustein zur Inklusion von Stomaträgern.

Fazit

„Ich denke nur noch an meinen Beutel am Bauch, wenn ich zur Toilette gehe.“ Das ist wohl eine der positivsten Aussagen, die ein Stomaträger über sich selbst treffen kann. Inklusion gelungen.

Damit alle Stomaträger genau das von sich selbst behaupten können, sind mehrere Bausteine notwendig: eine möglichst optimale Stoma-Anlage, eine individuelle Stomatherapie, eine gute, individuell angepasste und aufzahlungs-freie Hilfsmittelversorgung, der Kontakt zur Selbsthilfe und die öffentliche Aufklärung.

Informationen zum Autor und zur Selbsthilfe Stoma-Welt e.V.

Christian Limpert ist selbst Stomaträger und 2. Vorsitzender der Selbsthilfe Stoma-Welt e.V. Der Selbsthilfeverein unterstützt Stomaträger mit Information und Aufklärung, im Internet und mit der Broschüre „Wir leben mit einem Stoma“. Mit dem Stoma-Forum, der facebook-Gruppe „Stoma-Träger-Stoma-Welt“ und in Selbsthilfegruppen vor Ort bietet der Verein den Kontakt mit Stomaträgern und Angehörige und Plattformen zum gemeinsamen Erfahrungsaustausch.

Kontakt und weitere Informationen:
www.Selbsthilfe-Stoma-Welt.de
www.Stoma-Welt.de
 Beratungstelefon 0800 200 320 105
 E-Mail: fragen@stoma-welt.de

Die passende Lösung für fast jedes Problem!

Luftprobleme



Das integrierte Ventil bietet die Möglichkeit Luft aus dem Beutel heraus bzw. herein zu lassen.

Hygiene



Das Ventil ermöglicht eine manuelle Reinigung des Stomabeutels.

Leckagen und Hautirritationen



Hautschutz aus Silikon. Unversehrtheit und Formstabilität für einen langanhaltenden Schutz.

Weitere Informationen und kostenlose Muster erhalten Sie unter www.oxmed.de oder rufen Sie unseren Kundenservice an: 0800-6008200



OxMed International GmbH · Groendahlscherweg 87 · 46446 Emmerich am Rhein
 Tel.: 02822 - 600 820 · Fax: 02822 - 600 822
info@oxmed.de · www.oxmed.de · www.oxmedshop.de



Die diskrete Seite der Inklusion

Mit besonders anwenderfreundlichen Einmalkathetern leistet der Medizinproduktehersteller Hollister Incorporated einen Beitrag zur Inklusion von Menschen mit einem Handicap, über das kaum jemand spricht.



Der Vokabel Inklusion begegnet man auf Schritt und Tritt. Aber nur wenige Menschen haben eine konkrete Vorstellung davon, was der Begriff eigentlich bedeutet. Das liegt nicht zuletzt daran, dass die Vokabel für einen sehr vielschichtigen Sachverhalt steht. Wer nicht direkt mit der Materie befasst ist, dessen Phantasie reicht meistens so weit, dass Inklusion „etwas mit Behinderten zu tun hat.“ Das ist auch gar nicht so falsch, aber es steckt mehr dahinter. Selbst Angehörige von Personengruppen, die Ziel von Inklusionsbemühungen – also direkt Betroffene – sind, machen sich nicht notwendigerweise Gedanken darüber, wie der Begriff eigentlich auszulegen ist. Meist wird Inklusion verkürzt auf die Idee eines möglichst unkomplizierten Miteinanders von behinderten und nichtbehinderten Menschen. Für jedermann wahrnehmbare Maßnahmen wie die barrierefreie Zugänglichkeit von Gebäuden, Niederflerbusse mit Rampen und das Vorhandensein von rollstuhlgängigen Toiletten verleiten zu der Annahme, Inklusion sei vor allen Dingen eine Angelegenheit der Beseitigung von physischen Barrieren. Aber Betroffene stoßen häufig auch an Schranken, die schwerer zu überwinden sind als nicht abgesenkte Bordsteine oder Treppen vor einer Restauranttür.

Bilder: Hollister



Während leicht zu erkennen ist, welche unmittelbaren Probleme sich Rollstuhlnutzer im Alltag stellen, ist die Sache bei anderen körperlichen Einschränkungen schon schwieriger. Blinde oder gehörlose Menschen fallen im Straßenbild weit weniger auf, sind aber ebenfalls auf das Vorhandensein bestimmter Hilfen, etwa taktile Leitlinien am Boden, vibrierende Schalter an Fußgängerampeln und Induktionsschleifenanlagen für den Empfang mit Hörgeräten, angewiesen. Darüber hinaus gibt es eine ganze Reihe von Einschränkungen, die entweder gar nicht auf Anhieb wahrnehmbar sind – zum Beispiel psychische Behinderungen wie Angststörungen – oder auch solche, die der Betroffene nicht jedem preisgeben möchte, weil sie ihm peinlich sind, oder weil er der nachvollziehbaren Meinung ist, dass sie niemanden etwas angehen.

Ein häufig totgeschwiegenes Problem

In diese letztere Kategorie gehört alles, was mit dem Thema Inkontinenz zu tun hat. Harn- und Stuhlinkontinenz können eine Vielzahl von Ursachen haben. Aber ganz gleich, wo der Grund für das Problem liegt, für die Betroffenen ist nicht nur der medizinische Sachverhalt an sich quälend, sondern vor allen Dingen die damit verbundene Stigmatisierung. Wer diese selbstverständliche Körperfunktion nicht problemlos im Griff hat, trifft bei seinen Mitmenschen häufig auf Unverständnis, Mitleid, Ablehnung, Ausgrenzung. Es ist also nur verständlich, dass Menschen mit einem Inkontinenzproblem dieses meist nicht an die große Glocke hängen. Glaubt man allerdings den Ergebnissen einschlägiger Befragun-

gen, dann ist Inkontinenz geradezu ein Volksleiden. In Deutschland dürften mindestens 7 bis 8 Millionen Menschen betroffen sein, also nahezu 10 Prozent der Bevölkerung. Von einer hohen Dunkelziffer ist auszugehen. Dabei handelt es sich keineswegs nur um alte Menschen oder solche, bei denen eine neurologische Störung, Multiple Sklerose oder Querschnittlähmung die Ursache darstellt. Aber gemeinsam ist nahezu allen Betroffenen ein latenter Leidensdruck. Viele scheuen den Weg zum Arzt, greifen zu ungeeigneten Hilfsmitteln oder meiden die Öffentlichkeit. Die persönliche Freiheit endet dann gleichsam an der Wohnungstür.

Damit ist der Punkt erreicht, an dem die Auswirkungen des Handicaps weit über das eigentliche medizinische Problem hinausgehen. Von Inkontinenz Betroffene haben es aber in der Hand, sich mit diesem Schicksal nicht abzufinden. Das braucht zunächst einmal die Bereitschaft, sich dem Problem zu stellen, und professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Ein erster Schritt kann die Kontaktaufnahme mit gleichfalls Betroffenen sein, zum Beispiel über das Internet. Oft hilft schon das Bewusstsein, nicht allein mit seinen Sorgen zu sein. Darüber hinaus erweitert der Austausch mit Leidensgenossen den Horizont in Bezug auf mögliche Lösungsansätze. Um herauszufinden, was im Einzelfall medizinisch geboten und möglich ist, sollte man aber in jedem Fall ärztlichen Rat suchen.

Während in Bezug auf Harninkontinenz bei Menschen, die sich darüber noch keine Gedanken machen mussten, häufig

vage Vorstellungen existieren, dem Problem sei mit aufsaugenden Mitteln wie Einlagen und Windeln beizukommen, sieht der Alltag vieler Betroffener ganz anders aus. Zwar kann der Einsatz dieser Mittel in bestimmten Situationen opportun sein, aber eine Problemlösung, die einem ganz normalen Leben ohne Einschränkungen nahekommt, wird häufig die Verwendung von Einmalkathetern einbeziehen. Das Praktizieren des sogenannten ISK (das Kürzel steht für den Begriff „Intermittierender Selbstkatheterismus“) ist vor allem für Betroffene, die unter neurologisch bedingten Blasenentleerungsstörungen leiden, das Mittel der Wahl, ein weitgehend normales Leben ohne Einschränkungen zu führen. Dabei wird die Blase mehrmals täglich unter Zuhilfenahme eines sterilen Einmalkatheters entleert. Eine ganze Reihe von Herstellern bietet Produkte für dieses Verfahren an. Was diese Anbieter eint, ist ein hoher medizinischer Standard ihrer Erzeugnisse, denn es geht um die Gesundheit des Anwenders, Kompromisse verbieten sich also. Erhebliche Unterschiede gibt es aber in Bezug auf die konzeptionelle Gestaltung der Produkte und ihre Handhabung, da hier verschiedene Hersteller verschiedene Lösungsansätze verfolgen.

Einfach, sicher, zuverlässig – viele Anforderungen, eine Lösung

Eine Produktpalette, die in besonderem Maß allen Aspekten einer problemlosen Anwendung Rechnung trägt, bietet das amerikanische Unternehmen Hollister Incorporated an. Was die Erzeugnisse des Unternehmens mit deutschem Firmensitz in München auszeichnet, ist, dass bei der Lösungsfindung vom ersten Gedanken bis zum fertigen Produkt Wünsche und Erfahrungen der anvisierten Zielgruppe eingeflossen sind. Das Ergebnis sind die Katheter der Serien VaPro und Advance, die in Handhabung und Sicherheit Maßstäbe setzen. Fragt man ISK-Anwender, worauf es Ihnen beim Katheter ihrer Wahl ankommt, so zeichnet sich ein klares Bild ab: Vor allen Dingen sollen die Produkte medizinisch zuverlässig und einfach in der Handhabung sein. Verständlich, denn der Vorgang des Katheterns ist nun einmal etwas umständlicher als es die Verrichtung für nichtbehinderte Mitmenschen ist, und ein im Alltag hundert- und tausendmal praktiziertes Prozedere sollte mit so wenig Aufwand wie möglich verbunden sein. Dem tragen

die Hollister-Katheter mit einer bedienerfreundlichen Verpackung Rechnung, die auch Menschen mit eingeschränkter Handfunktion nicht vor Probleme stellt. Einmal ausgepackt, sind die Katheter überdies aufgrund einer besonderen Hülle, die den ganzen Katheter steril einschließt, besonders sicher in der Handhabung. Für zusätzliche Sicherheit sorgt eine spezielle Einführhilfe. Das Risiko von Infektionen wird minimiert. Desweiteren legen die Anwender Wert auf eine möglichst kompakte und diskrete Verpackung. Das tangiert zwei Aspekte: Idealerweise sollte der Vorrat an Kathetern, die mitgeführt werden müssen, so wenig Platz wie möglich beanspruchen. Bei einem spontanen Stadtbummel mag das noch kein Thema sein, aber auf einer mehrwöchigen Urlaubsreise sieht die Sache schon ganz anders aus. Auch der Wunsch nach einer diskreten Verpackung ist nachvollziehbar. Ob es nun leichter ist, sich zu einem Handicap wie Inkontinenz zu bekennen, oder es lieber so zu handhaben, dass möglichst niemand etwas davon mitbekommt, mag Sache der persönlichen Veranlagung sein. Aber ein Katheter, der nicht nach Medizinprodukt aussieht, führt auf jeden Fall nicht zu dummen Fragen, wenn er mal versehentlich aus der Handtasche rutscht oder im Rucksack zu sehen ist, und wem das wichtig ist, der wird eine neutrale Verpackung zu schätzen wissen. Auch zu diesem Punkt hat sich Hollister besondere Lösungen einfallen lassen. Mit dem VaPro Pocket Plus präsentiert das Unternehmen seit Beginn des Jahres ein Produkt, das so kompakt, funktional und diskret ist, dass es sich für den täglichen Gebrauch in gleichem Maß empfiehlt wie als Reisebegleiter.



Kompakt und diskret – Produkteigenschaften mit konkretem Nutzen

Einmalkatheter für Männer haben in der Regel eine Länge von 40 Zentimetern und sind steril verpackt. Es ist nachvollziehbar, dass die Notwendigkeit, ständig eine gewisse Anzahl davon mit sich führen zu müssen, eine logistische Herausforderung für den Anwender darstellt. Hollister verwendet für seine VaPro-Katheter ein besonders flexibles Material. Deshalb nimmt es das Produkt auch nicht übel, zeitweilig in kleinere Taschen gefaltet zu werden. Diese dankenswerte Eigenschaft brachte die Hollister-Entwickler auf die Idee, völlig neue Wege im Verpackungsdesign zu beschreiten. Das Ergebnis war der 2014 vorgestellte VaPro Pocket. Mit ihm präsentierte das Unternehmen erstmals einen Katheter für Männer, der, aufgerollt in seiner sterilen Verpackung, eher an ein folienverschweißtes Erfriertuch erinnert als an ein Medizinprodukt. Von diesem Vorteil profitiert natürlich auch das Pendant für weibliche Nutzer. Katheter für Frauen sind mit einer Länge von 20 Zentimetern zwar kürzer, aber auch diese Zielgruppe weiß natürlich den diskreten Auftritt ihres „ständigen Begleiters“ zu schätzen. Die Vorteile sprechen für sich: Ein VaPro Pocket ist auch mal eben in einer Hosentasche verstaut, selbst ein Vorrat für mehrere Tage verlangt nicht mehr nach einem Extra-Gepäckstück. Der VaPro Pocket verschafft so mit seinem einzigartigen Verpackungsdesign den Betroffenen ein Plus an Lebensqualität.

In einem weiteren Entwicklungsschritt wurde der Katheter nun um einen in die

Verpackung integrierten Urinbeutel mit einem Volumen von 1000 ml ergänzt, ohne dass deswegen eine voluminösere Umhüllung erforderlich wurde. Das Resultat: Der VaPro Pocket Plus bietet alle Produkteigenschaften, die Hollister-Anwender seit Jahren zu schätzen wissen, ist aber viel kompakter und wird dank seiner diskreten Verpackung auch nicht als Medizinprodukt wahrgenommen. Durch den integrierten Beutel verschafft er überdies ein zusätzliches Maß an Unabhängigkeit, denn aus leidvoller Erfahrung wissen gerade in ihrer Mobilität eingeschränkte Nutzer, dass beileibe nicht überall dort, wo es wünschenswert wäre, auch tatsächlich eine geeignete Toilette zu finden ist.

Ein Thema mit vielen Facetten

Auch wenn der Begriff der Inklusion in aller Munde ist – er erschöpft sich eben nicht in schlagzeilenträchtigen Maßnahmen wie barrierefrei gestalteten öffentlichen Bauten und schwellenlos nutzbaren öffentlichen Verkehrsmitteln. Auch und gerade Unternehmen wie Hollister, die ein Auge für die Bedürfnisse Betroffener haben, mit Akribie Produkte weiterentwickeln, die Menschen mit speziellen Handicaps ein weitgehend normales Leben ermöglichen, leisten ihren Beitrag zum Thema. Mit optimalen Kathetern im Gepäck stressfrei verreisen oder auch nur spontan das Haus verlassen zu können – das ist für viele Betroffene überhaupt erst die Voraussetzung dafür, dabei zu sein. Wie gesagt – das Thema Inklusion ist vielschichtiger, als es auf den ersten Blick scheint.



Entwicklung eines Instrumentes zur Feststellung des Kohärenzgefühls (nach Antonovsky) bei Patienten mit Rektumkarzinom

„Man kann einen Menschen nichts lehren, man kann ihm nur helfen, es in sich selbst zu entdecken.“ – *Galileo Galilei*

Aller Anfang ist schwer Ich widmete diese Facharbeit einem Patienten und Freund, der unaufhörlich gekämpft hat und leider die Waffen strecken musste. Danke Herr R. für die wundervollen Stunden, in denen Sie mich wieder daran erinnert haben, dass in der Einfachheit der Dinge, die Schönheit zu finden ist.

Mit Beginn meiner Facharbeit stellte sich die Frage, was möchte ich erreichen und an wen soll sich meine Arbeit richten? Wie setzte ich das Ganze um?

In erster Linie richtet sich der Lösungsansatz an die Betroffenen, sich nicht nur der Medizin hinzugeben, sondern Ihre Therapie durch eigene Ressourcen zu unterstützen. Das entwickelte Instrument soll in zweiter Linie, dem Pflegepersonal eine professionelle Unterstützung bieten, den Ursprungsort zur Selbsthilfe der Betroffenen zu erkennen um dann gezielt helfen zu können.

Meine Fragestellung lautet: „Welches Instrument können Pflegekräfte bei Patienten mit der Diagnose Rektumkarzinom in der adjuvanten Therapie anwenden, um das Kohärenzgefühl zu ermitteln?“

1. Einleitung

Meine besondere Aufmerksamkeit galt den krebserkrankten Patienten in der adjuvanten Therapiephase, mit denen ich täglich berufsmäßig zu tun habe. Ich erhielt Eindrücke über die unterschiedlichsten physischen und psychischen

Zustände der Patienten vor und während ihrer Krankheitsphase. Der Stress und die damit verbundene Bewältigung in Akutsituationen erfordern von der Pflegekraft ein großes Maß an Einfühlungsvermögen. Dies sollte gekoppelt werden mit dem Verstehen und der Umsetzung in ein Erfassungsinstrument in Form eines Fragebogens. Dieser soll als eine professionelle Unterstützung zur Erfassung der Kohärenz dienen. Mit diesem Fragebogen soll die Pflegekraft ermitteln können, wie ausgeprägt die Kohärenz bei Patienten mit der Diagnose Rektumkarzinom in der adjuvanten Therapie ist. Als Ergebnis soll die Pflegekraft dieses an Hand eines Auswertungsbogens einschätzen können, hierbei erhebe ich keinen Anspruch auf Validität. Nach ausgiebigem Studium der Fachliteratur erfuhr ich, dass Antonovsky einen Fragebogen (SOC) zur Lebensorientierung entwickelt hat. Zu diesem gibt es in der Literatur unterschiedliche Meinungen. Ich habe Inhalte der Literatur zusammengefügt, um ein Erfassungsinstrument für Pflegekräfte zu entwerfen.

1.1 Fragestellung

Welches Instrument können Pflegekräfte bei Patienten mit der Diagnose Rektumkarzinom in der adjuvanten Therapie anwenden, um das Kohärenzgefühl zu ermitteln?

Im Rahmen der Ausarbeitung habe ich einen Frage- und Kodifizierungsbogen konzipiert. Pflegekräfte sollen mit diesem Fragebogen eine professionelle Unterstützung erhalten, um die

Kohärenz der Betroffenen zu erfassen. Ein Auswertungsbogen gibt Aufschluss über die Ausprägung des Kohärenzgefühls. Für die Bearbeitung hatte ich drei Monate Zeit. Meine Vorgehensweise gliederte sich in Recherche der Fachliteratur und aus meiner Arbeit mit dieser Patientengruppe. Da ich täglich mit diesen Menschen Kontakt habe und ich dadurch tiefe Einblicke in ihr Gefühlsleben bekomme, stelle ich an einigen Beispielen die positiven und negativen Ergebnisse zum Thema im Hauptteil dar. Ich habe mich bewusst für Patienten in der adjuvanten Therapiephase nach Diagnosestellung eines Rektumkarzinoms entschieden, da diese Betroffenen ein sehr hohes Maß an Kohärenz brauchen, um viele widrige Umstände zu überwinden. Zur sprachlichen Vereinfachung verwende ich die maskuline Umgangsform. Sollte es sich um eine feminine Form handeln, wird dies explizit dargestellt.

1.2 Zielvorstellung

Meine Facharbeit soll als Ergebnis ein Instrument zur professionellen Unterstützung zur Erfassung der Kohärenz bei Patienten mit Rektumkarzinom in der adjuvanten Therapie für Pflegekräfte haben. Ich habe mich ausführlich mit dem Thema der Salutogenesetheorie und dem zentralen Baustein, dem Kohärenzgefühl nach Aron Antonovsky, auseinandergesetzt.

Die Prägnanz, den Betroffenen durch die Beantwortung des Fragebogens an seine Ressourcen zu erinnern, soll als Ergebnis meiner Facharbeit zu erkennen sein.

1.3 Motivation

Meine Motivation, sich diesem Themenfeld zu widmen, ist der tägliche Umgang mit den Betroffenen und die daraus resultierenden Ergebnisse. In Deutschland erkranken ca. 65.000 Menschen an Darmkrebs, wobei etwa 60 Prozent im Rektum lokalisiert sind. Über 90 Prozent der kolorektalen Karzinome entstehen ab dem 50. Lebensjahr. In den westlichen Ländern liegt das kumulative Risiko bei ca. 6 Prozent. Mit Beginn der achtziger Jahre ist die Mortalitätsrate an Darmkrebs zu sterben an die zweite Stelle gerückt. (vgl. Raulf/Kolbert, 2006, S. 148/149)

Ich wollte den Fokus auf diese Erkrankung lenken, da sie, wie beschrieben, eine sehr hohe Präsenz hat. Die Medizin befasst sich ausschließlich mit der Therapie dieser Erkrankung, aber selten mit dem Menschen und seinen verfügbaren Ressourcen. Meine persönliche Motivation liegt darin begründet, dass ich ein Verständnis der Pflegepersonen hervorrufen möchte, sich intensiver mit dem erkrankten Menschen hinter der Diagnose zu befassen. Daraus folgt eine Hilfestellung, um den Patienten an seine Kohärenz zu erinnern, damit er diese im Therapieverlauf einsetzen kann. Durch die Beschäftigung mit der Fachliteratur bin ich häufig auf die medizinischen und präventiven Maßnahmen gestoßen. Den Menschen in seiner Gesamtheit zu betrachten, wird teilweise übersehen. Ich beschränke mich in meiner Facharbeit auf die adjuvante Therapie. Mein Hauptaugenmerk möchte ich auf die Patienten in dieser schwierigen Lebenslage richten, wobei ich an dieser Stelle zu bedenken gebe, dass dies jeder Patient als rein subjektives Gefühl erlebt.

Der entwickelte Fragebogen kann diese subjektive Meinung des Patienten widerspiegeln und sollte nicht von der Pflegekraft beeinflusst werden. Mir ist es ein großes Anliegen, mit der Ausarbeitung unter Zuhilfenahme der Salutogenesetheorie herauszufiltern, diese Menschen nicht nur auf die adjuvante Therapie zu reduzieren, sondern Ressourcen zu seiner Gesundheit zu erkennen, um diese dann gezielt einsetzen zu können. Damit Pflegekräfte mit diesem Fragebogen eine professionelle Unterstützung zur Erfassung der Kohärenz erhalten, folgen im Hauptteil die wichtigsten Bausteine für ein weiteres Verständnis.

2. Hauptteil

2.1 Definitionen

Um ein Verständnis und einen Einstieg in das Thema zu erhalten, werden die Begriffe des Themas definiert.

2.1.1 Instrument

Das Wort Instrument hat seine Herkunft aus dem Lateinischen und bedeutet eigentlich „Ausrüstung/ Gerätschaft“. Der Duden beschreibt es als: „meist fein gearbeitetes und oft kompliziert gebautes Gerät, Werkzeug für wissenschaftliche und technische Arbeiten; Mittel dessen man sich (wie eines Werkzeuges) zur Ausführung von etwas bedient.“ (Duden-Rechtschreibung, 23.11.2013)

2.1.2 Kohärenzgefühl

Antonovsky beschreibt das Kohärenzgefühl (sense of coherence, SOC) als eine allgemeine Grundhaltung eines Individuums gegenüber der Welt und seinem eigenen Leben. (vgl. BZgA, Bengel et al. 2001, S. 28).

Antonovsky selbst beschreibt das Kohärenzgefühl als: „...a global orientation that expresses the extent to which one has a pervasive, enduring through dynamic, feeling of confidence that one's internal and external environments are predictable and that there is a high probability that things will work out as well as can reasonably be expected“ (Antonovsky, 1979, S. 10) (BZgA, Bengel et al. 2001, S. 29).

Kohärenz bedeutet Zusammenhang, Stimmigkeit. Je ausgeprägter das Kohärenzgefühl einer Person ist, desto gesünder sollte sie sein, bzw. desto schneller sollte sie gesund werden und bleiben (BZgA, Bengel et al. 2001, S. 28).

2.1.3 Rektumkarzinom

„Unter dem Begriff "kolorektales Karzinom" bzw. "Kolon-Rektumkarzinom" werden die bösartigen Neubildungen (Krebs) des Dickdarms (Kolon) und des Mastdarms (Rektum) zusammengefasst. Als Rektumkarzinome gelten Tumore, deren unterer Rand weniger als 16 cm vom Analkanal entfernt ist. Die meisten Colonkarzinome sind im unteren Teil des Dickdarms angesiedelt,

die meisten Rektumkarzinome im oberen Teil des Mastdarms.“ (geb-bund, 23.11.2013).

2.1.4 Adjuvante Therapie

Ich habe mich bewusst dafür entschieden, den Begriff der adjuvanten Therapie zu definieren. Im Titel meiner Arbeit fehlt er, aber in meiner Fragestellung ist er ein tragender Faktor, unter welchen Aspekten ich meinen Fragebogen entwickelt habe.

„Unter einer adjuvanten Therapie versteht man eine unterstützende Behandlung nach einer Operation. Der Begriff wird meistens im Rahmen einer Krebstherapie verwendet. Wenn nach der operativen Entfernung des Tumors noch eine Strahlen- und/oder Chemotherapie durchgeführt wird, spricht man hier von einer adjuvanten Therapie“ (Enzyklo – adjuvante Therapie, 23.11.2013).

2.2 Neutrale Wiedergabe der Theorie

Im weiteren Verlauf gebe ich die Theorie meines Themas „Entwicklung eines Instrumentes zur Feststellung des Kohärenzgefühls (nach Antonovsky) bei Patienten mit Rektumkarzinom“ wieder. Ich schildere die Theorie zum Kohärenzgefühl von Aaron Antonovsky. Danach beschreibe ich die von ihm entwickelte SOC Skala. Im Anschluss werde ich die neutrale Faktenlage zum Rektumkarzinom darlegen. In der Präventionsphase versuche ich Antonovsky Verständnis des Kohärenzgefühls in Bezug zum Gesundheitsverständnis der Menschen zu setzen.

2.2.1 Antonovskys Theorie zum Kohärenzgefühl

Aaron Antonovsky war ein amerikanischer Medizinsoziologe und Stressforscher. 1923 wurde er in Brooklyn, New York, geboren. Zuerst studierte er Geschichte und Wirtschaft. Nach Ende des Zweiten Weltkrieges, in dem er dienen musste, widmete er sich seinem Soziologiestudium. 1960 emigrierte er nach Israel, wo er als Medizinsoziologe am Institut für angewandte Sozialforschung arbeitete. Er begann in dieser Zeit mit seiner Forschung über die Verarbeitung der Menopause der in Israel lebenden Frauen. Unter diesen

Frauen gab es auch einige, die das nationalsozialistische Konzentrationslager überlebt hatten und nach allen Kriterien psychischer und physischer Gesundheit recht gesund waren. In dieser Zeit zwischen 1970-80 war die althergebrachte Gesundheitsförderung einiger Kritik ausgesetzt. Der pathogenetischen Medizin wurde vorgeworfen, wichtige Heilungsprozesse zu verschonen. Sie betrachtet nur Symptome, nicht den Erkrankten, somit würde dieser nicht in die Diagnose und Therapie mit einbezogen. Das führte Antonovsky zu seinem Modell der Salutogenese. (vgl. Büssers, 2009, S3/4, 4.11.2013). „Mit der Entwicklung des Modells der Salutogenese wollte Antonovsky der dichten Sichtweise von Krankheit und Gesundheit entgegenwirken. Vor allem in der einseitigen Betrachtung der Pathogenese, konzentriert auf Symptome, Krankheitserreger und Möglichkeiten der Therapie sah er eine Verschwendung von Ressourcen.“ (Schlüter-Rickert, 2006,

S.4). „Antonovsky beschreibt den Perspektivenwechsel der Salutogenese durch eine Metapher, in der er das Leben mit einem Fluss verglich: Die Menschen schwimmen in verschiedenen Flüssen, deren Verschmutzung, Gefahrenquellen, Strudeln und Stromschnellen variieren. Niemand ist am sichern Ufer. Die pathogenetisch orientierte Medizin, legt das Augenmerk darauf, Ertrinkende aus dem Fluss zu ziehen. Die Salutogenese beschäftigt sich jedoch mit der Frage: wie wird man in einem Fluss, dessen Natur von histologischen, soziokulturellen und physikalischen Umweltbedingungen bestimmt ist, ein guter Schwimmer“ (vgl. Antonovsky 1997, S. 92), (ash-berlin, 25.11.2013).

Den Gesundheits- bzw. Krankheitszustand eines Menschen macht Antonovsky durch eine individuelle, psychologische Einflussgröße fest. Das bedeutet, dass es eine Grundhaltung eines Individuums gegenüber der Welt und

dem eigenen Leben gibt. Er betrachtet die äußeren Bedingungen und gibt zu bedenken, dass Krieg, Hunger, hygienisch schlechte Verhältnisse maßgebliche Einflussfaktoren sein können. Hierbei hat er herausgefunden, dass es unter gleichen äußeren Bedingungen Unterschiede im Gesundheitszustand der Menschen gibt. Wenn diese äußeren Bedingungen gleich sind, dann liegt es an der Ausprägung der Grundeinstellung des Menschen, sowohl kognitiv als auch affektiv-emotional, wie gut der Mensch in der Lage ist, vorhandene Ressourcen zum Erhalt seiner Gesundheit und seines Wohlbefindens zu nutzen. Er bezeichnet diese Grundhaltung als Kohärenzgefühl (sense of coherence), es bedeutet Zusammenhang, Stimmigkeit. In der Folge weist Antonovsky darauf hin, dass, je ausgeprägter das Kohärenzgefühl ist, desto gesünder/schneller gesund wird das Individuum. (vgl. BZgA, Bengel et al. 2001, S. 28). In meiner Arbeit möchte ich diese Aussage in Bezug auf die

Besser versorgt sein.

Sanitätshaus Aktuell
Unser Lächeln hilft



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

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



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

adjuvante Therapie setzten. Antonovsky benutzt in seiner ersten Definition das Wort dynamisch. Damit meint er die Beeinflussung der Grundeinstellung zum Leben durch fortwährend neue Lebenserfahrungen. Die Ausprägung des Kohärenzgefühls beeinflusst wiederum die Art der Lebenserfahrung, was darauf schließt, dass diese Lebenserfahrung in der Regel die Grundhaltung bestätigt. Somit bleibt das Individuum in dieser Phase stabil und überdauert den Prozess. Die Stärke des Kohärenzgefühls ist somit unabhängig von den jeweiligen Umständen, der Situation oder der Rolle, die jemand gerade einnimmt oder einnehmen muss (vgl. BZgA, Bengel et al. 2001, S. 29). Somit würde mit den Aussagen von Antonovsky keine Änderung der Grundhaltung des Kohärenzgefühls in der adjuvanten Therapie erfolgen. Im nächsten Abschnitt stelle ich die SOC-Skala vor.

2.2.2 Vorstellung des empirischen Instruments SOC-Skala

Mit dem empirischen Instrument der SOC-Skala entwickelte Antonovsky einen Fragebogen zur Lebensorientierung. Die „Orientation to Life Questionnaire“ soll das Konzept zur Ermittlung des Kohärenzgefühls einer empirischen Bewährung unterziehen. Mit diesem Werkzeug soll die zentrale These getestet werden, dass das Kohärenzgefühl im kausalen Zusammenhang mit dem Gesundheitsstatus steht. Antonovsky dogmatisierte sein Instrument nicht. Er führte 51 Tiefeninterviews zur Entwicklung seines Messinstrumentes durch. Sein Fokus lag ausschließlich auf Menschen, die in schweren Belastungssituationen waren und dennoch bemerkenswert gut mit ihrem Leben zu recht kamen. Es entstanden 29 Items mit Hilfe der Facettentechnik von Guttman, mit jeweils siebenstufigen Einschätzungsskalen. Der Forscher Guttman spezifiziert Facetten dessen, was es zu messen gilt, sowie die wichtigen Elemente jeder einzelnen Facette. Der Fragebogen umfasst Fragen zu den drei Grundkomponenten des Kohärenzgefühls. Eine ausführliche Erklärung dieser drei Komponenten des Kohärenzgefühls befindet sich im Anhang. Am Ende des Fragebogens werden alle Werte zu einem Gesamtsummenscore (von minimal 29 bis maximal 203) addiert. Je höher der Gesamtsummenscore ist, desto stärker

ist das Kohärenzgefühl. Es gibt eine Kurzform mit nur 13 Items. Die Items sollen eine Grundhaltung im Sinne einer diesbezüglichen Orientierung erfassen. Der SOC-Fragebogen wurde unter Erfüllung der Testgütekriterien erstmals 1983 veröffentlicht. In der Umsetzung konnten sich die drei Subskalen nicht reproduzieren lassen, da es laut Antonovsky keine Trennung von Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit gibt (ash-berlin, 25.11.2013). Im Modell wird die Kohärenz als eine Pyramide dargestellt. Die Kohärenz ist das Zentrum und wird gestützt von den drei Komponenten der Verstehbarkeit, Sinnhaftigkeit und Machbarkeit. Sie bilden den wesentlichen Bestandteil der SOC-Skala. Es gibt 200 Studien zur SOC-Skala, welche überwiegend in Israel und Schweden durchgeführt wurden. Keine dieser Studien hat jedoch das Ziel gehegt, das Salutogenetische Modell der Gesundheit von Antonovsky zu überprüfen. In den Studien geht es hauptsächlich um eine Querschnittuntersuchung, die den Zusammenhang von SOC (langen/kurzen Version) mit den Parametern der psychischen und physischen Gesundheit messen sollte. Antonovsky definiert in erster Linie eine Beziehung zwischen körperlicher Gesundheit und SOC (vgl. BZgA, Bengel et al. 2001, S. 40–44). Die SOC-Skala ist in der Langversion mit 29 Items im Anhang dargestellt. Nach der Einführung in die SOC-Skala, beschreibe ich im weiteren Verlauf, die Epidemiologie, Prävention und Therapie des Rektumkarzinoms.

Durch die Analyse der Auftretswahrscheinlichkeit der Krankheit kann mit präventiven Maßnahmen die Wirksamkeit eintreten, den Krankheitsverlauf abzuwenden. Der Begriff Gesundheitsförderung besteht in diesem Zusammenhang aus den Präventionsmaßnahmen nach heutigem Stand. Nach Hurrelmann, Klotz und Haisch hat Antonovskys Modell der Salutogenese die Theorie der Prävention revolutioniert und den Begriff der Gesundheitsförderung geprägt. Antonovsky setzt seine Vorstellung eines Kontinuums mit den Polen Gesundheit und Krankheit gegenüber. Er beschreibt dieses Kontinuum wie eine Waage, auf der einerseits die Risikofaktoren als krankheits-erregende und die Ressourcen als gesundheits-erhaltende Faktoren. Antonovsky betont den zentralen

Stellenwert des Kohärenzgefühls für die Gesundheit. Er geht davon aus, dass das Individuum umso gesünder ist, je stärker ihr SOC ausgeprägt ist. (vgl. BZgA, Bengel et al. 2001, S. 32).

Somit leite ich über zu Antonovskys Modell der Salutogenese und dem Kohärenzgefühl, welches das Individuum in seiner Prägung mitbringt. Die World Health Organisation (WHO) forderte mit dem Aufruf "From cure to care" eine neue Sichtweise zuzulassen, dass die Medizin nicht nur Krankheits- und Gesundheitsmedizin sein sollte. „Die Erstere hat sich darauf spezialisiert, Krankheiten zu kurieren – sie versteht unter Gesundheit das Nichtvorhandensein von Krankheit – während die Andere sich um die Gesundheit sorgt – sie versteht unter Gesundheit das Vorhandensein von Lebensqualitäten.“ (dr-walser, 25.11.2013).

2.3 Beschreibung der Ist-Situation

In meiner täglichen Arbeit erlebe ich häufig, dass Pflegekräfte nicht wissen, was sich hinter dem Begriff der Salutogenese verbirgt. Der Titel „Krankenschwester“ wurde ersetzt durch „Gesundheits- und Krankenpfleger“. In Ansätzen wird erkannt, dass die Gesundheit in der Pflege eine Rolle übernehmen soll. Ich verstehe die Rolle der Pflegenden als Hilfe und Unterstützung dem erkrankten Menschen gegenüber. Aus meiner Erfahrung kann ich berichten, dass Patienten mit der Diagnose Rektumkarzinom nicht in der Lage sind zu begreifen, was die Diagnose für Folgen hat. Die Betroffenen fragen mich häufig, woher diese Erkrankung kommt und warum es ihn trifft. Zu erkennen ist, dass der Mensch einen Grund sucht, um zu verstehen, warum es ausgerechnet ihn trifft. Die damit verbundenen Folgen werden häufig nicht verstanden oder wahrgenommen. Meist spreche ich über Vorsorgeuntersuchungen oder frage, ob über einen längeren Zeitraum Beschwerden bestanden. Einige berichten, dass sie erst nach mehreren Monaten zum Arzt gegangen seien trotz heftiger Beschwerden. Die andere Gruppe weiß nicht, dass es ab einem bestimmten Lebensalter Vorsorgeuntersuchungen gibt. Es wird für mich erkennbar, dass Gesundheit, bzw. das Verständnis seine Gesundheit zu pflegen, nicht wahr oder ernst genom-

men wird. In der Rolle als Pflegekraft sehe ich das auch bei meinen Kollegen, es interessiert häufig nicht, ob der Patient sich wohl fühlt oder ob er sich unwohl fühlt. Im Stationären Ablauf kommt die Pflegekraft nicht dazu sich auf der Ebene (die Gesunde Seite wahrzunehmen) intensiv mit dem Patienten zu beschäftigen, in der Hautsache geht es darum, die Symptome zu behandeln. Der Mensch wird als Summe seiner Krankheitssymptome wahrgenommen. Das heißt in erster Linie Schmerzfreiheit nach der Operation und Beobachtung, ob die Ausscheidung funktioniert. Die Pflegenden fragen zwar nach dem Wohlbefinden des Patienten und ob er in der Lage sei eigene Ressourcen zu aktivieren, damit es ihm nach der Operation besser ginge. Hier wird häufig eine Unterstützung angeboten, dieser kann aber aufgrund mangelnder Zeit und Personal struktureller Aufgaben nicht immer nachgekommen werden. Nachdem die Operation gut verlaufen ist, werden die Patienten durch die Ärzte über den weiteren Verlauf aufgeklärt. Ich habe mit vielen Betroffenen darüber gesprochen und sie berichten häufig, dass hier eine Art Einbruch stattfindet. Mit dem Wort Chemotherapie, verbinden sie häufig den Tod. Ich erlebe diese Menschen in einer verzweiferten Lage, ausweglos und viele ohne Hoffnung auf ein weiteres Leben. Das erschreckt mich und stimmt mich nachdenklich. Bei kollegialen Gesprächen über die Sorgen und Nöte der Betroffenen höre ich häufig Mitgefühl, aber danach wird wieder zum professionellen Stationsalltag übergegangen. In Gesprächen mit den Patienten stelle ich häufig die Frage, ob sie sich vorstellen könnten, Möglichkeiten zu finden mit der Therapie umzugehen. Nur sehr wenige haben dafür ein Verständnis und erkennen, bzw. nutzen ihre Ressourcen. Ich gewinne zunehmend mehr den Eindruck, dass Menschen vor dem Betreten des Krankenhauses ihren Willen und ihr Denken abgeben und erwarten, dass das jemand anderes für sie übernimmt. Entscheidungen werden nicht mehr selbst getroffen, sondern nur noch über den Kopf hinweg vom Krankenhauspersonal entschieden. In dieser Situation stelle ich mir häufig die Frage, warum das wohl so ist. Wollen wir uns nicht mehr selbst helfen, kennen wir uns so wenig oder nimmt uns unsere Diagnose so gefangen, dass wir vor lauter Bäumen

den Wald nicht mehr sehen? Pflegekräfte haben nicht die Zeit, um sich dem Kranken intensiv zu widmen, häufig kennen sie auch nicht den Salutogenetischen Ansatz. Pathogene Denkmuster sitzen sowohl bei den Pflegekräften, als auch bei den Betroffenen tief. Ich habe mit einigen Kollegen gesprochen und ihnen erklärt, was sich hinter dem Modell von Aron Antonovsky verbirgt. Häufig habe ich nur in fragende Gesichter geblickt und zur Antwort bekommen, das sei nicht ihr Aufgabenbereich. Ich stieß auf Widerstand und Ablehnung, obwohl ich der Meinung bin, dass mit dem Modell nach Antonovsky in Bezug auf die Kohärenz, Arbeit in der Pflege erleichtert werden könnte. Durch die Möglichkeit, dass der Patient seine „gesunden“ Ressourcen wiederentdeckt, könnte er als aktiver Partner an seiner Therapie teilnehmen und so zu einem „guten Schwimmer“ werden. Im folgenden Abschnitt erläutere ich die Stressfaktoren, Spannungszustände und die generalisierten Widerstandsressourcen von Menschen, bezugnehmend auf die adjuvante Therapie.

2.3.1 Stressfaktoren, Spannungszustände und generalisierte Widerstandsressourcen in der adjuvanten Therapie

Die Stressfaktoren in der adjuvanten Therapie stehen in engem Zusammenhang mit dem Kohärenzgefühl. Nach Antonovsky ist ein Stressor „eine von innen und außen kommende Anforderung an den Organismus, die sein Gleichgewicht stört und die zur Wiederherstellung des Gleichgewichts eine nicht-automatische und nicht unmittelbar verfügbare, energieverbrauchende Handlung erfordert“ (BZgA, Bengel et al. 2001, S. 32). Um diese Stressoren abzuwenden, verfügt der Mensch über verschiedene Widerstandskräfte, welche er bei Problemen, Spannungen und Stresssituationen einsetzen kann. Solche Kräfte beschreibt Antonovsky als „generalisierte Widerstandsressource“. Mit dem Begriff generalisiert meint er, dass diese Ressource in jeder Situation wirksam werden kann. Sie hilft, die Gesundheit zu erhalten oder zu fördern. Formal beschreibt Antonovsky diese Begrifflichkeit als körperliche Abwehr. In diesem Zusammenhang meint er auch die individuellen, kulturellen und sozialen Fähigkeiten und Möglichkeiten, mit

Problemen umzugehen und Schwierigkeiten zu bewältigen (vgl. BZgA, Bengel et al. 2001, S. 34). Ein Stressor, der als bedrohlich eingeschätzt wird, ist nicht zwingend gesundheitsschädigend. Durch das grundlegende Vertrauen, dass sich die Situation schon bewältigen lässt, wird diese generalisierte Widerstandsressource aktiviert. Antonovsky geht davon aus, dass Personen mit einem starken Kohärenzgefühl auf bedrohliche Situationen angemessen und zielgerichtet reagieren, um die belastende Situation zu überwinden (vgl. BZgA, Bengel et al. 2001, S. 33). Frau Brieskorn-Zinke geht davon aus, dass Patienten in einer Krisensituation mit adäquaten Interventionen das Kohärenzgefühl stabilisieren können (vgl. Wydler, 2010, S. 178). Ein Patient in der adjuvanten Therapie leidet unter verschiedenen Begleitsymptomen, wie zum Beispiel Übelkeit unter einer Chemotherapie oder Hautveränderungen unter der Bestrahlung. Dies gilt als Stressor.

Ergänzend zu der Theorie möchte ich Bewältigungsstrategien anhand zweier Beispiele von Patienten mit der Diagnose Rektumkarzinom, welche sich in der adjuvanten Therapie befinden, ausführen.

2.3.2 Bewältigungsstrategien verschiedener Patienten mit Rektumkarzinom in der adjuvanten Therapie

In diesem Abschnitt wird die Ist-Situation aus Sicht der Betroffenen beschrieben. Ich arbeite für ein Homecare Unternehmen in Velbert. Zu meinem Aufgabenbereich gehört die Betreuung der Patienten mit der Diagnose Rektumkarzinom. Fast alle Patienten, die ich betreue, befinden sich nach der Operation in der adjuvanten Therapie. Hier unterscheiden sich zwei Therapien: die eine Patientengruppe erhält nur eine Chemotherapie und die andere eine Kombination aus Chemo- und Radiotherapie. Die Betreuung dieser Patienten erfordert ein hohes Maß an Einfühlungsvermögen. Unsere Kunden befinden sich in einer schwierigen Lebenslage. Da ich einige Betroffene schon lange kenne, erzählen sie mir oft von ihren Sorgen, Wünschen und Problemen. Aus meiner Sicht kann ich Unterschiede wahrnehmen in Bezug auf das Kohärenzgefühl und die Bewältigungsstrategien der Patienten. Frau D. befindet sich

seit zwei Jahren in der adjuvanten Therapie. Zu der Diagnose des Rektumkarzinoms kamen in der Folge noch die Lebermetastasen. In vielen Gesprächen schilderte sie ihre persönliche Einschätzung der Lebensqualität unter der Chemo-/Radiotherapie. In der Anfangsphase habe sie sich in einem Strudel befunden. Nach der Operation und der Stomaanlage war sie mit ihrer Kraft am Ende. Als dann das Ergebnis der Untersuchung kam, fiel in diesem Zusammenhang das Wort Chemotherapie. Nach der ganzen Aufklärungsphase und vielen medizinischen Gesprächen wurde ihr bewusst, dass sich die Welt nicht nur um sie drehe. Sie wollte kein Mitleid. Sie berichtete, dass sie sich immer wieder selbst motiviert habe weiter zu machen und den Alltag so anzunehmen, wie er kommt. Was ihr nur sehr fehle, waren die Gespräche. Im Krankenhaus hatte keiner wirklich Zeit, weder das Pflegepersonal, noch die Ärzte. Sie freute sich immer, wenn ich zum Hausbesuch kam. Losgelöst von der medizinischen Komponente wollte sie einfach mal vom Leben erzählen. In Gesprächen ist sie immer sehr positiv gestimmt. Sie setzt ihre Ressource Familie ein und kümmert sich um den Haushalt, kocht und nimmt am gesellschaftlichen Leben teil. Ihr Motto ist: „Ich lasse mich nicht hängen.“ Auf die Frage, ob sie sich denn krank fühle, verneinte sie das. Sie fühle sich nicht krank, sie nehme die Therapie an und sei dankbar, dass ihre Familie sie in jeder Hinsicht unterstützt. Ein anderer Kunde geht mit der Situation völlig anders um. Er befindet sich in einer ähnlichen Lage. Herr L. berichtet, dass die Radiotherapie seine Ressource Gesundheit fast zum Erlöschen gebracht hat. In dieser Therapiephase konnte er keinen Sinn im Leben sehen und verstehen. Er erzählte, dass die Chemotherapie schrecklich sei. Er fühle sich schon krank, wenn er nur in die Praxis zur Behandlung gehen müsse. Die Radiotherapie habe ihn wörtlich „umgehauen“. In dieser Phase hatte er keine eigenen Ressourcen mehr. Leider litt der Patient an starken Nebenwirkungen und wollte sich nicht weiterbehandeln lassen. Seine Familie bot ihm in dieser Zeit keinen Rückhalt. Seine Ehefrau erkannte nicht, dass ihr Mann Unterstützung benötigte und redete immer davon, dass sie gerne in Urlaub fahren möchte. Als ich ihn fragte, wie er sein Wohlbefinden und seine Lebensqualität in dieser Zeit

beschreiben würde, berichtete er mir, dass er ein Kriegskind sei und so fühle er sich auch heute noch. Der folgende Soll-Ist-Vergleich soll in tabellarischer Form darstellen, wie die Abweichungen vom Modell laut Antonovsky sind. Dem gegenübergestellt wird die Realität und Sichtweise der Patienten in der adjuvanten Therapie mit der Diagnose eines Rektumkarzinoms.

2.4 Soll-Ist-Vergleich

Die vier Kernaussagen zum Kohärenzgefühl von Antonovsky werden meinen persönlichen Umgang mit den Patienten in der adjuvanten Therapie gegenübergestellt. Der Ist-Zustand wird aus meiner Sicht geschildert.

Soll	Ist
Kohärenzgefühl ist laut Antonovsky eine Grundhaltung vorhandene Ressourcen zur Erhaltung von Gesundheit und des Wohlbefindens zu nutzen (vgl. BZgA, Bengel et al. 2001, S. 28)	Der Mensch ist ein Individuum und nicht jeder weiß wie er seine Ressource zur Erhaltung seiner Gesundheit nutzen kann. Das Paradigma der pathogenen Sichtweise ist weit verbreitet.
Gefühl von Verstehbarkeit definiert Antonovsky als ein kognitives Verarbeitungsmuster, in dem der Mensch die Fähigkeit hat, Stimuli als geordnete, konsistente und strukturierte Information verarbeiten zu können (vgl. BZgA, Bengel et al. 2001, S. 29).	Verstehbarkeit ist begrenzt, da der Fokus nur auf dem Kranksein liegt und die Patienten meist nur Schlagwörter im Kopf behalten, wie z.B. Chemo-/Radiotherapie. Der Stimulus wird als negativ verstanden.
Gefühl von Handhabbarkeit definiert Antonovsky als kognitives-emotionales Verarbeitungsmuster, er beschreibt die Überzeugung, dass Schwierigkeiten lösbar sind, wenn man seine eigenen Ressourcen wahrnimmt (vgl. BZgA, Bengel et al. 2001, S. 29).	Selten werden Herausforderungen wahrgenommen, man begibt sich in sein Schicksal, bleibt in der Opferrolle. Der Patient gibt sich als Gesamtheit in die Hände des behandelnden Arztes und entzieht sich somit jeglicher Verantwortung für sich selbst.
Gefühl von Sinnhaftigkeit definiert Antonovsky als das Ausmaß indem man das Leben als emotional sinnvoll erlebt, er sieht diese motivationale Komponente als die wichtigste (vgl. BZgA, Bengel et al. 2001, S. 30).	Die Frage der Patienten ist, ob es in der Krankheitsphase einen Lebenssinn gibt. Woraus kann man eine motivationale Komponente ziehen? Patienten geben häufig die Familie an, welche sie als motivationalen Ansporn sahen die Therapiephase zu bewältigen.

Tab. 2 Soll-Ist-Vergleich

Anschließend möchte ich den Soll-Ist-Vergleich der kritischen Analyse unterziehen.

2.5 Kritische Analyse

Die kritische Analyse bezieht sich auf die dargestellten Kernaussagen des Soll-Ist-Vergleichs. Das Spektrum der Erkrankungen hat sich in den letzten Jahren und vor allem mit Beginn des 20. Jahrhunderts in den Industriestaaten

stark verschoben. Die Infektionskrankheiten wurden durch die chronischen und degenerativen Erkrankungen abgelöst. Diese Verschiebung spielt in Bezug auf das Kohärenzgefühl von Antonovsky eine wesentliche Rolle. Mit kurativer Medizin kann man diese Erkrankungen nicht heilen oder behandeln. Hinzu kommt, dass diese Erkrankungen oft durch die Menschen selbst geschaffen wurden. Geprägt werden diese Lebensstile durch psychosoziale, individuelle, gesellschaftliche und berufliche Einflussfaktoren. Auch sind Grenzen der Finanzierbarkeit im Gesundheitswesen ein wesentlicher Faktor. Für viele ist Gesundheit zu einem zentralen Wert geworden, dem höchsten

Gut in seinem Leben. Hier kann man den Perspektivenwechsel erkennen, ein verändertes Bild von Krankheit und Gesundheit. Die Biomedizin sieht ihre Bestimmung in der Pathogenese, das heißt, sie beschäftigt sich mit der Entstehung und Entwicklung von Krankheit (vgl. sgw.hs-magdeburg, 25.11.2013). Antonovsky sieht den Menschen nicht in den Kategorien „Krank- Gesund“. Das Individuum soll nicht kategorisiert werden.

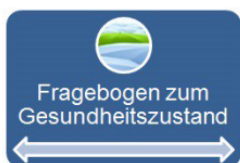
Nach Antonovsky könnten verschiedene Wirkungsweisen des Kohärenzgefühls angenommen werden. Der SOC kann kognitiv beeinflussen, ob eine Situation als gefährlich oder ungefährlich einzuschätzen ist. In der Folge beeinflusst der SOC die Bewältigung von Spannungszuständen. Der SOC mobilisiert Ressourcen. Diese führen zu Spannungsabbau und wirken auf die physiologischen Systeme der Stressverarbeitung (vgl. BZgA, Bengel et al. 2001, S. 37). Frau D. hatte dieses SOC und konnte mithilfe ihrer Familie und dem Alltagsgeschäft diesen Spannungszustand abbauen. Die Salutogenese ist an den Faktoren, die an der Bewegung auf dem Kontinuum beteiligt sind, bzw. einer Stabilisierung einer bestimmten Position mitwirken, interessiert. Im Soll-Ist-Vergleich ist immer wieder die Rede von der Familie als solches Kontinuum. Herr L. beschreibt, dass er sich heute wie damals als ein Kriegskind sieht. Spekulativ kann man aus dieser Aussage deuten, dass er sich in einer Opferrolle befindet. Er kann diesen negativen Stimulus nicht umkehren. Antonovsky schreibt, dass etwa ab dem 30. Lebensjahr das individuelle Maß an Kohärenzgefühl relativ konstant und selbst therapeutisch nicht mehr beeinflussbar sei. Nach neueren

Untersuchungen kann dieser SOC auch nach dem 30. Lebensjahr beeinflusst werden (vgl. BZgA, Bengel et al. 2001, S. 143-144). Durch eine bislang nicht ausreichende wissenschaftliche Überprüfung des Salutogenesemodells können wenige Rückschlüsse über die Zusammenhänge eines hohen SOC und Gesundheit festgestellt werden. In den Untersuchungen werden Zusammenhänge deutlich. Diese lassen aber nicht auf direkte Verbindungen miteinander schließen. Es ist nicht nachweisbar, dass der SOC Ursache von Gesundheit ist. Ein hoher SOC steht jedoch für Gesundheit (vgl. BZgA, Bengel et al. 2001, S. 147). Im Anschluss leite ich meinen Lösungsvorschlag ein.

2.6 Lösungsvorschlag

Auf der Suche nach einem konkreten Lösungsvorschlag entwarf ich einen Frage- und Auswertungsbogen. Dieser soll als eine professionelle Unterstützung zur Erfassung der Kohärenz verstanden werden. Als Ziel stellte sich mir anfangs die Frage, wie kann man ein so weitläufiges Themengebiet eingrenzen und auf den Punkt reduzieren? Da sich in den Recherchen feststellen ließ, dass in empirischen Studien kein Ansatz gefunden wurde, überlegte ich

mir, die Fragen in Bezug auf den Gesundheitszustand in dieser Therapiephase zu setzen. Der „Fragebogen zum Gesundheitszustand“ besteht aus neun Fragen und kann im Anhang eingesehen werden. Ich habe Fragen gewählt, welche auf die drei Komponenten des Kohärenzgefühls aufbauen. Dieses Erfassungsinstrument soll einen Einblick in die Sinnhaftigkeit, Bewältigbarkeit und Verstehbarkeit in Bezug auf die Krankheit geben. Wie kann eine Pflegekraft die Kohärenz in der adjuvanten Therapie der Patienten mit Rektumkarzinom erfragen, bzw. ermitteln, um danach gezielt auf den Patienten eingehen zu können? Hierbei habe ich keinen Anspruch auf Validität. Laut Aussage der Fachliteratur geht Antonovsky davon aus, dass das Kohärenzgefühl, nachdem es einmal ausgebildet und gefestigt ist, nicht mehr radikal veränderbar ist (vgl. Franke, 1997, S. 114). Dazu habe ich zu dem Fragebogen einen Kodifizierungsbogen erarbeitet. Mit diesem soll die jeweilige Polung der beantworteten Fragen negativ/positiv dargestellt werden. Pflegekräfte könnten unter Zuhilfenahme des Kodifizierungsbogens die bevorstehende Belastung und den Grad der Auswirkungen der Chemo-/Radiotherapie Faktoren herausfiltern, um den Stressfaktor so gering wie



Onkologische Praxis
Mustermann
Musterstraße 3
12345 Musterhausen
Tele: 0123-4567

Name: _____

- 1) Gesundheit hat für Sie?
Einen hohen Stellenwert 1-2-3-4-5-6-7 Niedrigen Stellenwert
- 2) Ihr Verständnis von Gesundheit hat sich im Laufe der Jahre verändert?
Ja 1-2-3-4-5-6-7 Nein
- 3) Wie wichtig ist Ihnen eine Zielorientierung im Leben
Ich lebe sehr zielorientiert 1-2-3-4-5-6-7 Ich lebe in den Tag hinein
- 4) Wissen Sie wo Ihre Erkrankung ihren Ursprung hat?
Ja (sehr genau) 1-2-3-4-5-6-7 Nein (überhaupt nicht)
- 5) Die derzeitige Therapiesituation ist für Sie?
Nicht Belastend 1-2-3-4-5-6-7 belastend
Wenn Sie die Frage negativ beantworten dann bitte die Unterfragen hierzu beantworten.
5.a) Damit verbundene Probleme lösen Sie?
Mit Hilfe (Familie/Freunde) 1-2-3-4-5-6-7 alleine
5.b) Mit dieser Belastung können Sie?
Umgehen 1-2-3-4-5-6-7 nicht umgehen
- 6) Erkennen Sie einen Sinn in der Therapie?
Ja 1-2-3-4-5-6-7 Nein
- 7) Können Sie sich vorstellen als Partner in der Therapie mit zu wirken?
Ja als aktiver Partner 1-2-3-4-5-6-7 nein nur als passiver Empfänger
- 8) Haben Sie das Gefühl, das Sie die Therapie annehmen können?
Gut 1-2-3-4-5-6-7 Schlecht
- 9) Welche Erwartung haben Sie in Ihre zukünftige Situation?
Mir wird es gut gehen 1-2-3-4-5-6-7 mir wird es schlecht gehen



Onkologische Praxis
Mustermann
Musterstraße 3
12345 Musterhausen
Tele: 0123-4567

Name: _____

8.5 Kodifizierung der Items

Die Tabelle soll die Zuordnung zu den drei Komponenten des SOC mit der Auswertung anzeigen. Die Polung soll die Richtung (positiv/negativ) auswerten. Bei einer positiv gestellten Frage, die mit 2 bewertet wurde, beträgt der zu addierende Wert eine 2. Bei einer negativ gestellten, die mit 7 bewertet wurde, liegt er bei 1.

Item-Nr.	SOC –Komponente	Polung	Ergebnis
1	V		
2	V		
3	H		
4	V		
5	V		
5a)	B		
5b)	B		
6	V		
7	H		
8	B		
9	B		

möglich zu halten. Die Pflegeperson könnte die Komponente Verstehbarkeit unterstützen, indem sie durch subjektiv orientierte Fragen den Problem- und Gesundheitsinterpretationsort bestimmt, von dem aus die Bewältigung erfolgen könnte. Diese Fragestellung macht den Pflegenden deutlich, welchen Informationsbedarf der Patient hat. Somit sind sie in der Lage professionell aufzuklären und zu beraten. Mit weiteren Fragen kann die Pflegekraft dann die zweite Komponente der Bewältigbarkeit/ Handhabbarkeit herausfiltern. Somit zeigt sich, ob der Patient Ressourcen zur Verfügung hat, um Lösungen zu generieren. Die dritte Komponente „Sinnhaftigkeit“ meint die Anerkennung, sein Leben als emotional wertvoll zu erachten. Die Pflegekraft schafft durch die äußeren Rahmenbedingungen und gemeinsam verbrachte Zeit eine Vertrauensbasis. Durch diese fühlt der Patient sich wahrgenommen und verstanden. Somit kann man durch die Fragen ein positives Gefühl erzeugen und die Grundstimmung des Betroffenen beeinflussen. Der von mir entworfene Fragebogen enthält neun Fragen, die alle Komponenten des SOC berücksichtigen.

Anwendung könnte dieser Fragebogen in onkologischen Praxen finden. Die Pflegekraft nimmt den Patienten mit Beginn der Therapie in ihre Obhut und kann anhand des Frage- und Auswertungsbogens ermitteln, welche Unterstützung sie dem Betroffenen zukommen lassen kann. Diese Befragung sollte in einem intimen Rahmen und nicht unter Zeitdruck erfolgen. Überleitend komme ich zum Schlussteil meiner Facharbeit.

3. Schluss

Meine Facharbeit zum Thema Entwicklung eines Instrumentes zur Feststellung des Kohärenzgefühls bei Patienten mit Rektumkarzinom sollte zum Ziel haben, die Pflegekräfte zu sensibilisieren, diese Menschen unter einem besonderen Aspekt zu betrachten. Im Anschluss folgte meine Motivation zu dieser Facharbeit, welche kausal ein besseres Verstehen der Pflegekräfte im Umgang mit dieser Patientengruppe haben sollte. Zu Beginn des Hauptteils erläuterte ich die Begriffsdefinitionen: Instrument, Kohärenz, Rektumkarzinom und adjuvante Therapie. Um diese

Definitionen zu konkretisieren, sichtete ich die bestehende Fachliteratur. Es folgte die Begriffserklärung anhand verschiedener literarischer Quellen. Ich recherchierte und zitierte aus Fachbüchern und dem Internet. Mein Hauptaugenmerk lag hier darauf, die Theorie vom Kohärenzgefühl von Aaron Antonovsky in Bezug auf die Patienten in der adjuvanten Therapiephase zu setzen. Die SOC-Skala ist ein tragendes empirisches Instrument und findet in der heutigen Zeit in reduzierter Form seine Anwendung. Besonders wichtig erschien es mir, auf das Rektumkarzinom einzugehen, da sich hier anhand der Epidemiologie und Therapie eine Brücke zur Prävention und dem Kohärenzgefühl schlagen ließe. In der Beschreibung der Ist-Situation spiegelte ich, auf die empirischen Daten von Antonovsky bezogen, die Stressfaktoren, Spannungszustände und die generalisierten Widerstandsressourcen in der adjuvanten Therapie wider. Bewältigungsstrategien verschiedener Patienten sollen diese Aussagen untermauern und die Präsenz des Themas wiedergeben. Es folgte der Soll-Ist-Vergleich. In diesem stellte ich die fünf Kernaussagen zum Kohärenzgefühl nach Antonovsky den Aussagen der Patienten mit Rektumkarzinom in der adjuvanten Therapie gegenüber. Mit der kritischen Analyse reflektierte ich nochmals diese Gegenüberstellung und lenkte den Blickwinkel auf die Notwendigkeit Maßnahmen zu ergreifen. Daraus resultierte mein Lösungsvorschlag, welcher sich im Anhang wiederfindet. Ich habe einen Fragebogen zur professionellen Unterstützung zur Erfassung des Kohärenzgefühls erarbeitet. Pflegekräfte sollen mit diesem eine Möglichkeit haben, einen Einblick über die möglichen Ressourcen der Kohärenz der Betroffenen zu erhalten. Daraus resultierend kann der Patient seine Ressource Gesundheit für sich selbst wieder entdecken, um für sich selbst einen besseren Umgang mit der Therapie zu gestalten.

3.2 Theoretische Bewertung

Durch Sichtung der Fachliteratur und des Internets stellte ich fest, dass es eine Vielzahl an Veröffentlichungen zum Thema Kohärenzgefühl und der Salutogenese von Antonovsky gab. Besonders interessant fand ich, dass sich die Literatur mit dem Modell der Salutogenese befasst, aber parallel dazu

den Begriff der Gesundheitsförderung teilweise synonym benutzt. Frau Mona Flüchter hat in ihrer Hausarbeit das Thema der Salutogenese in der Onkologischen Pflege aufgegriffen und beruft sich auf Frau Professor Brieskorn-Zinke, die sagt: "Das Kohärenzgefühl hat die Chance in der Pflege zur Richtschnur in Beratungsgesprächen zu werden" (uke zentrale-dienste, 25.11.2013). In der Ottawa-Charta steht: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. (...) Die Verantwortung für die Gesundheitsförderung wird in den Gesundheitsdiensten von Einzelpersonen, Gruppen von Ärzten und anderen Mitarbeitern des Gesundheitswesens, den Gesundheitseinrichtungen und dem Staat geteilt. Sie müssen gemeinsam darauf hinarbeiten, ein Versorgungssystem zu entwickeln, das auf die stärkere Förderung von Gesundheit ausgerichtet ist und weit über die medizinisch-kurative Betreuungsleistung hinausgeht" (WHO, Ottawa Charta, 23.11.2013). In der Jakarta Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert taucht der Begriff der Kohärenz oder Salutogenese nicht auf. Hier wird beschrieben, was die Grundvoraussetzung von Gesundheit ist: „(...) Frieden, Unterkunft, Bildung, soziale Sicherheit, soziale Beziehung, Nahrung, Einkommen, Handlungskompetenz (...) Armut ist dabei die mit Abstand größte Bedrohung für die Gesundheit" (Jakarta Erklärung, 24.11.2013). Das widerspricht dem, was Antonovsky zum Thema Kohärenzgefühl sagt. Diese Faktoren haben laut seiner Untersuchung keinen Einfluss auf das Kohärenzgefühl. Frau Professor Brieskorn-Zinke untermauert mit ihrer Aussage, dass das Salutogenetische Modell von Antonovsky als Orientierungsrahmen für bestimmte Aufgabebereiche der Gesundheitsförderung in der Pflege gilt. Besonders verweist sie in diesem Zusammenhang auf das Zusammenspiel des Kohärenzsinnes und der zielgerichteten pflegerischen Gesundheitsberatung (vgl. Wydler, 2006, S. 173). Es kommt darauf an, das Kohärenzgefühl eines Menschen zu erfassen und damit den Knoten zu lösen, welcher sich mit dem gesellschaftlichen Verständnis von Gesundheit und Krankheit verbindet. Durch die Recherche der Fachliteratur wurde mir bewusst, wie gefangen

die Menschen in ihrem Verständnis von Krankheit sind. Das Paradigma des pathogenen Denkmusters ist deutlich erkennbar. Aus den Gesprächen mit meinen Patienten konnte ich herausfinden, wie mein Lösungsansatz zu gestalten war. Ich erarbeitete einen Frage- und Auswertungsbogen mit neun Items, die gezielt auf die Patienten in der adjuvanten Therapiephase mit Rektumkarzinom eingehen sollten. In der Abfolge leite ich nun die praktische Bewertung für dieses Erfassungsinstrument ein.

3.3 Praktische Bewertung

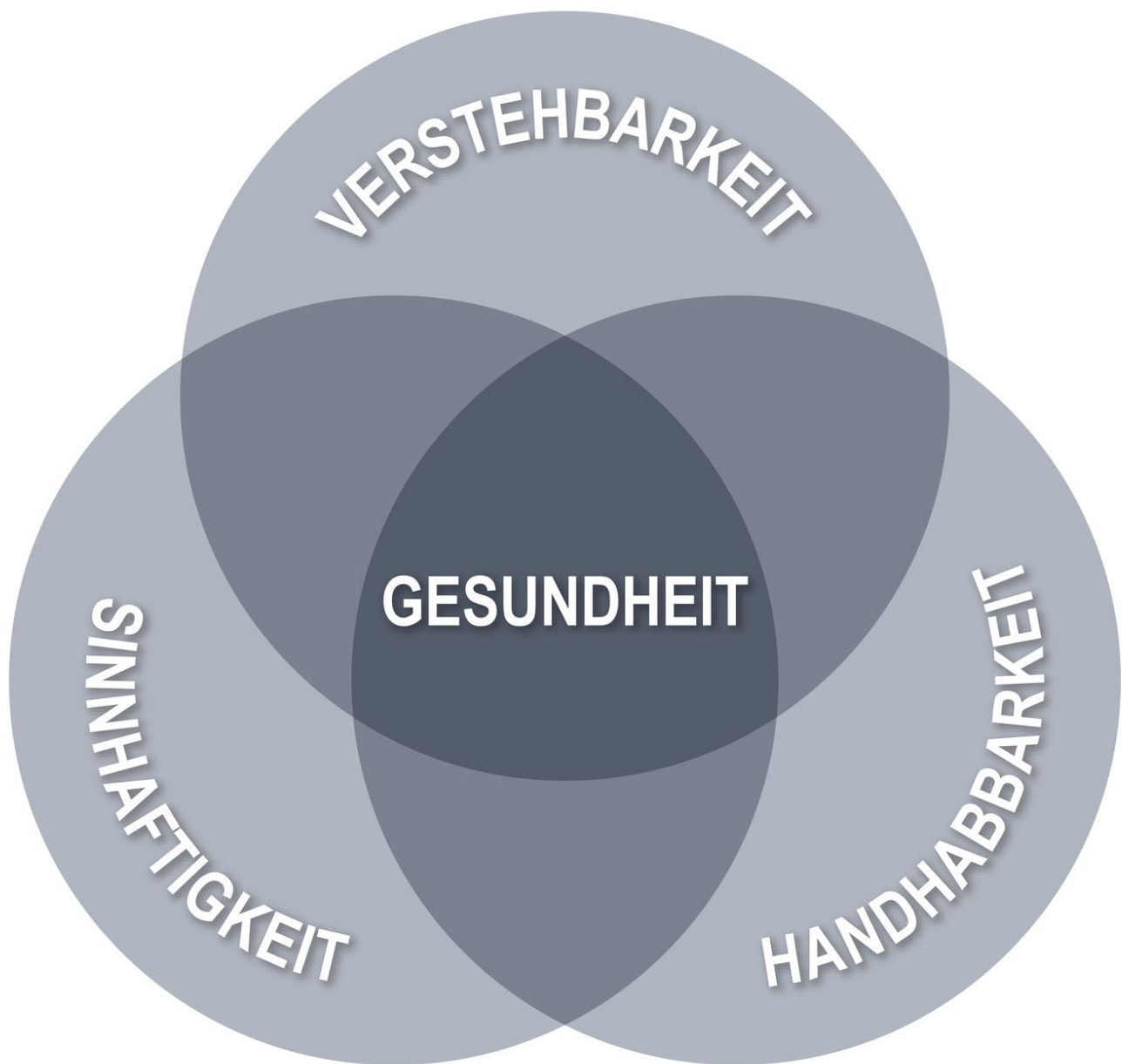
Wie ich bereits in der theoretischen Bewertung ausgeführt habe, wird in der Literatur viel über den Begriff der Gesundheitsförderung in Zusammenhang mit Prävention gesprochen. Für viele ist die Umsetzung des Salutogenese-modells mit dem Begriff der Prävention gleichbedeutend. Das Kohärenzgefühl dominiert dieses Modell. Für seine Weiterentwicklung müssten allerdings viele gesundheitsfördernde und vorbeugende Maßnahmen eingeleitet werden. Dieses umfasst ein breites Spektrum (vgl. Bengel et al. 2001, S. 94). Mit meiner Facharbeit mache ich deutlich, wie wichtig es ist, Menschen in dieser schwierigen Lebenslage an ihre eigenen Ressourcen zu erinnern. Darauf bezogen sehe ich dieses Instrument als eine professionelle Unterstützung zur Erfassung der Kohärenz. Durch den Frage- und Auswertungsbogen soll die Pflegekraft erkennen, wo der Patient seine Stärken und Ressourcen hat. Ich erhebe keinen Anspruch auf Validität, da empirische Studien gezeigt haben, dass Gefühle nicht messbar sind. In dem Buch „Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert“ wird beschrieben: „Das Maß des SOC steht nach Meinung Antonovskys in direkter Verbindung mit der Gesundheit. (...) Zugleich dient es als WahrnehmungsfILTER für Stressoren und kann vorhandene Ressourcen mobilisieren – kurz, es macht Personen zu guten Schwimmern im mitunter lebensgefährlichen Lebensstrom. Zusätzlich beeinflusst ein hohes Maß an Kohärenz nach Meinung Antonovskys auch das Gesundheitsverhalten“ (BZgA, Bengel et al. 2001, S. 146). Das heißt, dass der Fragebogen ermitteln soll, wo der Ort zur Problemlösung liegt.

Mit Beginn der Therapie würde dieser Fragebogen vom Patienten ausgefüllt werden und danach ausgewertet. Dies erfordert ein multidisziplinäres Zusammenarbeiten im Team. Damit ist gemeint, dass auf allen Ebenen kommuniziert wird. Wegen des Mangels an Pflegekräften, der Zunahme an therapiebedingten Krankheiten und immer neuen Gesundheitsreformen, scheint dies ein sehr irrationales Denken zu sein. Dennoch sehe ich den Praxisbezug. Man kann durch Zuwendung und Verständnis dem Patienten ein Gefühl der Sicherheit vermitteln. Mit Aufnahme in die onkologische Praxis würde ich annehmen, dass man in der Zeit, die man benötigt, um mit dem Patienten den Auswertungsbogen zu besprechen, einen emotionalen Zugang zu dem Betroffenen bekommt. Dieser führt vielleicht zu Ansätzen der Ressourcen der Kohärenz und endet im besseren Umgang mit Stressoren seitens der Betroffenen. Der Patient könnte einen besseren Therapieverlauf haben. Antonovsky geht davon aus, dass je stärker das Kohärenzgefühl ausgeprägt ist, es der Person besser gelingt gesund zu bleiben (vgl. Bengel, 2010, S. 85). Praktisch bewertet bedeutet das, dass Pflegekräfte an Schulungen und Seminaren zu diesem Themengebiet teilnehmen sollten. Neuerungen erfordern Mut, Leistung und Umsetzung in diesem schwierigen Themenfeld. Ich werde nun mit meiner eigenen Stellungnahmen die Bedeutung meiner Lösung untermauern.

3.4 Eigene Stellungnahmen

Mit Beginn der Aufgabe war mir bewusst, dass ich hohen Anforderungen gerecht werden muss. Die Unterrichtseinheit zum Thema Salutogenese von Herrn Donner am Bildungszentrum Ruhr in Herne, gab den Anstoß, diese Facharbeit zu schreiben. Durch die Festlegung der Themen begrenzte ich mich auf eine spezielle Patientengruppe. Die Literatur gibt viel zu Antonovsky wieder, aber es fanden sich keine speziellen Ausführungen zu meiner Arbeit. Frau Prof. Brieskorn-Zinke, schreibt über den Stellenwert der Salutogenese und des Kohärenzgefühls in der Pflege. Andere Autoren befassen sich überwiegend mit der Anwendbarkeit in der Psychosomatik/Psychotherapie. Dies motivierte mich umso mehr. Antonovsky gibt einen ausführlichen und sehr komplexen Einblick in das

Themenfeld der Salutogenese und des Kohärenzgefühls. Unter Zuhilfenahme verschiedener Hausarbeiten konnte ich Verknüpfungen zu meinem Themenfeld finden. Durch meine Arbeit mit dieser Patientengruppe gewann ich einen Eindruck, wie sich Menschen in der adjuvanten Therapie fühlten. Häufig ertappen wir uns dabei, über den Flur zu schreien: „Die Galle auf fünf kann in den OP!“ Was wird hier ausgesagt? Dass wir Nummer fünf sind, ein Organ besitzen, die Galle, und dass wir in den OP sollen. Noch erschreckender finde ich es, wenn Ärzte am Bett eines Patienten stehen und fragen: „Wie geht es uns denn heute? Die Operation ist gut verlaufen und nach der Befundanalyse werden Sie im Anschluss noch eine adjuvante Therapie benötigen, eine Chemo.“ Der nächste bitte! Wo bleibt der Mensch mit seinem Verstand und seinem Selbst in unserem Beruf? Meine Facharbeit soll einen Denkanstoß geben, dem Menschen zu helfen sich an seine eigenen Ressourcen zu erinnern. Der Patient weiß nicht wie es dem Doktor geht und ich bezweifle, dass er Medizin als Unterrichtsfach in der Schule hatte. Entsprechend meiner Facharbeit möchte ich die Gefühlsebene der Patienten verstanden wissen, damit sie in der Lage sind ihr Kontinuum wieder ins Gleichgewicht zu bringen. Es gibt Patienten, die ohne große Unterstützung mit der Diagnose und der Therapie zurechtkommen. Das kann laut Antonovsky nur dann geschehen, wenn ein ausgeprägter SOC vorliegt. Eine Pflegeperson sollte diesen Prozess unterstützen, indem sie mit dem entwickelten Fragebogen dem Patienten eine Initialzündung gibt. Nicht alle Menschen haben einen ausgeprägten SOC. Durch die professionelle Unterstützung zur Erfassung der Kohärenz, kann die Pflegekraft dem Betroffenen die Hilfe zuteilwerden, sich an seine Ressourcen zu erinnern. Diese können in der Therapiephase selbst genutzt werden. Selbst Antonovsky geht von den Zusammenhängen zwischen Kohärenzgefühl, körperlichem, und seelischem Wohlbefinden aus, lehnte es aber ab, dies in seinem Modell zu integrieren (vgl. BZgA, Bengel et al. 2001, S. 43). Ich verstehe es als eine von verschiedenen möglichen Hilfestellungen für den Patienten. Oft steht man sich selbst zu sehr im Weg und sieht metaphorisch gesprochen den Wald vor lauter Bäumen nicht mehr. In diesem Zusammenhang verstehe ich diesen



Fragebogen, als eine Art „Ressourcenerwecker“. Er soll in dem Patienten ein Gefühl für sein Verständnis entwickeln sich in der Therapie nicht mehr krank zu fühlen, sondern seine vorhandene Gesundheit aufrechtzuerhalten. Die Pflegekraft kann und sollte in diesem Fall nur das Streichholz sein, welches den Funken gibt, damit das (Lebens-) Feuer wieder entfacht werden kann, um dann daraus eine Strategie für den Patienten mit zu entwickeln, wie er in der Therapie einen Umgang mit den Widrigkeiten finden kann. Der Fragebogen soll helfen in der adjuvanten Therapiephase nicht nur den Fokus auf das vermeintliche „Ich bin so krank“ zu legen, sondern durch Hinterfragen dem Patienten das Gefühl von Selbstvertrauen und damit eine Stärkung seiner Kohärenz hervorbringen. Anwendung findet dieses Instrument in onkologischen Praxen mit Beginn der Aufklärung

zur Chemo-/Radiotherapie. In der Schlussbetrachtung ziehe ich abschließend ein Resümee meiner Facharbeit.

3.5 Schlussbetrachtung

Rückblickend betrachtet hat der Fragebogen den Anspruch aus dem Betroffenen einen „guten Schwimmer“ zu machen. Dieses Instrument soll dem Pflegepersonal eine Möglichkeit bieten, den Ursprungsort zur Selbsthilfe der Betroffenen zu erkennen. Der erkrankte Mensch soll daran erinnert werden, dass er Ressourcen hat, die er nutzen kann um die adjuvante Therapiephase für sich als weniger belastend zu empfinden. Mein Ansatz liegt darin, dem Betroffenen jede Hilfe zuteilwerden zu lassen, um sich selbst zu helfen. Mein Fragebogen soll als Erinnerungsmerkmal dienen. Pflegekräfte sollen durch dieses Instrument eine professionelle Unter-

stützung zur Feststellung der Kohärenz bei Patienten mit der Diagnose Rektumkarzinom in der adjuvanten Therapie bekommen.

Die Entwicklung unseres Gesundheitswesens liegt im Denk- und Handlungsansatz. Bedeutungszusammenhänge für Gesundheit sollen mit meinem Frage- und Auswertungsbogen veranschaulicht werden, um daraus resultierend eine gesundheitsförderliche Interaktion in kritischen Lebenssituationen zu ermöglichen.

4. Literaturnachweis

Auf Anfrage bei der Autorin

Karin Hölzel-Piontek
Kinderkrankenschwester,
Pflegeexpertin und
Entspannungspädagogin

plädiert für eine effektive Qualitätssicherung bei der ableitenden Inkontinenz-Versorgung

Die Initiative "Faktor Lebensqualität" von führenden ISK-Herstellern im BVMed hat eine neue Broschüre mit dem Titel "Intermittierende Katheterisierung – Versorgungs- und Erstattungssituation in Deutschland" veröffentlicht. Die 40-seitige Publikation informiert über die Krankheitsbilder bei Störungen der Blasen- und Harnröhrenfunktion sowie über die Probleme der aktuellen Versorgungssituation. Ziel der Initiative ist es, ein Umdenken "weg vom reinen Preiswettbewerb hin zu einem Wettbewerb um die beste Versorgungsqualität" zu erreichen. Die Broschüre kann unter www.bvmed.de/isk-broschuere heruntergeladen werden. Mehr Informationen zur ISK-Versorgung gibt es unter www.faktor-lebensqualitaet.de.

In Deutschland leiden bis zu neun Millionen Menschen unter Blasen-funktionsstörungen. Häufiger Auslöser sind neurologische Erkrankungen, wie zum Beispiel Querschnittslähmung, Multiple Sklerose, Bandscheibenvorfall oder Spina bifida. Unbehandelt können Blasenfunktionsstörungen zu Infektionen der Harnwege und zur Schädigung der Nieren führen. Als Konsequenz leiden die Betroffenen oft zusätzlich an sozialer Isolation, dem Verlust von Selbstachtung, Depressionen sowie physischem und psychischem Abbau. Um den Betroffenen ein selbstbestimmtes Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen, wird der intermittierende (immer wiederkehrende) Selbstkatheterismus, kurz ISK, angewandt. Für den ISK werden spezielle, weitestgehend atraumatische Einmalkatheter verwendet. Wissenschaftliche Untersuchungen belegen, dass der ISK im Vergleich zur Dauerableitung mit einem Dauerkatheter die sicherere Entleerungsmethode darstellt, da mit diesem Verfahren urologische Komplikationen wie Harnröhrenverletzungen und Harnwegsinfekte drastisch reduziert werden.

Kritisch bewertet die BVMed-Gruppe die aktuelle Versorgungssituation, da durch Ausschreibungen und Beitritts-

verträge ein Preiswettbewerb in Gang gesetzt wurde, "jedoch ohne eine effektive Qualitätssicherung zu implementieren". Das Ausschreibungssystem habe dazu geführt, dass Marktteilnehmer ohne Erfahrung mit dem Aufwand der ISK-Dienstleistungen bestimmend seien. Die Erfahrungen der spezialisierten Homecare-Unternehmen und Sanitätshäuser fließen dabei nicht ein.

Mit der Publikation will die BVMed-Initiative die Entscheider in der Politik und bei den Krankenkassen für diese Versorgungsprobleme sensibilisieren. "Unser Anliegen ist es, ein Umdenken zu erreichen – von einem reinen Preiswettbewerb wieder hin zu einem Wettbewerb um die beste Versorgungsqualität. Denn Ziel aller an der Versorgung Beteiligten sollte es sein, dem Patienten eine Versorgung zu gewährleisten, die den individuellen Bedürfnissen einerseits, dem aktuellen medizinischen Stand andererseits entspricht. Hierfür gilt es, gemeinsam die erforderlichen Rahmenbedingungen zu schaffen", heißt es im Vorwort der Broschüre.

Es liege in der Verantwortung der Krankenkassen, die Versorgungsqualität bei Vertragsgestaltungen und Ausschreibungen zu überprüfen, damit die

Kosteneinsparungen nicht auf dem Rücken der Patienten ausgetragen werden. Die Politik sollte sicherstellen, dass die Verträge der Kassen zum einen die notwendige Produkt- und Dienstleistungsqualität, zum anderen die benötigten Mengen gewährleisten. Dies müsse durch eine verpflichtende Kontrolle der Einhaltung der Vertragsinhalte begleitet werden. "Unter ökonomischen Überlegungen darf der medizinische Fortschritt nicht leiden. Im Interesse der Gesundheit des Patienten muss die Umstellung aus Kostengründen von ISK auf Dauerkatheterisierung verhindert werden", so der Appell der BVMed-Experten.

Die Initiative 'Faktor Lebensqualität' ist eine gemeinsame Initiative der führenden deutschen ISK-Hersteller im BVMed. Sie vereint die Hersteller von Hilfsmitteln für intermittierenden Selbstkatheterismus (ISK), die das Patientenwohl in das Zentrum allen Handelns stellen. Mehr Informationen unter www.faktor-lebensqualitaet.de.

V.i.S.d.P.: Manfred Beeres M.A.,
Leiter Kommunikation/Presse, BVMed
Tel.: +49 (0) 30 24 62 55 - 20
Fax: +49 (0) 30 24 62 55 - 99
E-Mail: beeres@bvmed.de
www.bvmed.de



26. – 28. April 2016 in Stuttgart

Pflege Plus

Landesmesse Stuttgart GmbH

Messeplazza 1

70629 Stuttgart

Tel.: +49 711 18560-0

Fax: +49 711 18560-2440

info@messe-stuttgart.de

www.messe-stuttgart.de



29. April – 1. Mai 2016 in München

• **SoMA-Jahrestagung 2016**

• **Beckenbodentherapie bei anorektalen und urogenitalen Funktionsstörungen von Kindern und Jugendlichen**

SoMA e.V.

Weidmannstr. 51

80997 München

Tel.: +49 (0)89 14 90 42 62

Fax: +49 (0)89 14 90 42 63

E-Mail: info@SoMA-ev.de

www.SoMA-ev.de



11.–13. Mai 2016

Deutscher Wundkongress

WFB Wirtschaftsförderung Bremen GmbH

Messe Bremen & ÖVB-Arena

Findorffstraße 101

28215 Bremen

Tel.: +49 (0) 4 21 35 05 - 0

Fax: +49 (0) 4 21 35 05 - 3 40

E-Mail: info@messe-bremen.de



16.–18. Juni 2016 in Bad Schandau

Rehabilitation – wichtiger Partner im Netzwerk der medizinischen Betreuung

16.–18. Juni 2016 in Bad Schandau

24. Jahrestagung

Helgenstockstr. 15a

35394 Giessen-Rödgen

Tel.: 0641 / 49 36 05

Fax: 0641 / 49 36 95

info@giessener-forum.de

www.giessener-forum.de



Giessener Forum

21. April 2016 in Frankfurt

4. Fachtagung – Achtsamkeit am Arbeitsplatz

Giessener Forum

Helgenstockstr. 15a

35394 Giessen-Rödgen

Tel.: 0641 / 49 36 05

Fax: 0641 / 49 36 95

info@giessener-forum.de

www.giessener-forum.de

MagSi®

MAGAZIN

FgSKW
STOMA
KONTINENZ
WUNDE

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

Erscheinungsmonate: April, August, Dezember

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

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

Die Bestellung ist innerhalb von 10 Tagen schriftlich widerrufbar.
Es gilt das Poststempel- oder Faxsendedatum.

Ja, ich möchte abonnieren!

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

Geldinstitut:

Kontonummer:

Bankleitzahl:

Unterschrift:

Absenderangaben

Titel:

Name, Vorname:

Straße, Haus-Nr.:

PLZ, Ort:

E-Mail:

Datum:

Unterschrift,
Stempel:

Bitte senden Sie Ihre Bestellung an:

Marianne Franke – Sekretariat

FgSKW (Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde) e.V.
Niklaus-Groß-Weg 6 · 59379 Selm · Postfach 1351 · 59371 Selm

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

Nr. 70 · 04/2016



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



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



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



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



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



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



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

Mitgliedsverbände



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



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



Deutsche ILCO e.V.
Bundesgeschäftsstelle:
Thomas-Mann-Straße 40, 53111 Bonn
Tel.: 0228/338894-50
info@ilco.de – www.ilco.de



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

Verfahren zur Stationsorganisation im Krankenhaus entwickelt

Der Bedarf an Pflege und Betreuung steigt in Deutschland an. Doch viele Beschäftigte im Gesundheitswesen haben bereits heute eine hohe Arbeitsdichte. Um das Pflegepersonal im Krankenhaus zu entlasten, hat die TU Dresden im Auftrag der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) nun ein kriteriengeleitetes Verfahren entwickelt, um die Organisation von Stationen zu bewerten und zu gestalten. Das Verfahren sowie ein entsprechender Leitfaden eignen sich bezüglich ihrer Güte und Handhabbarkeit für die Beurteilung von Arbeitsbedingungen. Der jetzt erschienene Bericht „Stationsorganisation im Krankenhaus“ enthält weitere Informationen.

Im Gesundheitswesen stellen Pflegekräfte die größte Gruppe der Beschäftigten dar. Zahlreiche nationale und internationale Studien berichten über hohe körperliche und psychische Belastungen bei der Arbeit in der Pflege. Insgesamt wurden dazu erhebliche Mängel bei der Arbeitsorganisation der stationären Krankenpflege festgestellt. Diese Mängel gelten als eine der Hauptquellen für das Erleben von Stress und psychischer Ermüdung, die bis hin zu Erschöpfungszuständen und Burnout in Pflegeberufen reichen kann. Besonders ungünstige Arbeitsbedingungen für Beschäftigte herrschen laut Studien aber im Pflegebereich in Krankenhäusern.

Für eine erfolgreiche Umsetzung des Verfahrens ist wichtig, dass es sich praktisch anwenden lässt. In Zusammenarbeit mit Experten und Pflegekräften hat die BAuA daher einen Leitfaden zur Stationsorganisation entwickelt. Der Leitfaden enthält

Handlungsanweisungen für die Stationsleitungen und ihre Stellvertretungen, um Maßnahmen für eine verbesserte Arbeitsorganisation abzuleiten und umzusetzen.

Inhaltlich folgen nach einer Beschreibung der aktuellen Problematik sowie des Verfahrens an sich, auch Kriterien und Anregungen für gute Arbeitsbedingungen im



Stationsleiterin und Krankenschwester optimieren die Stationsorganisation am Flipboard

Bild: BAuA, Uwe Völkner, Fox

Pflegebereich gemäß einer internationalen Norm. Neben drei Praxisbeispielen wird auch die Moderationstechnik vorgestellt, die für die Bewertung der Stationsorganisation von den Stationsleitungen genutzt werden sollte. Ebenso bietet der Leitfaden Raum für Verbesserungsvorschläge und Überarbeitungen auf der eigenen Station.

In die Entwicklung des Verfahrens wurden sechs Universitätskliniken aus den Bundesländern Hessen, Bayern und Nordrhein-Westfalen einbezogen. Bei allen sechs Häusern handelt es sich um Krankenhäuser der Maximalversorgung mit gleicher Trägerschaft. Für die Umsetzung des Verfahrens „Stationsorganisation – analysieren, bewerten und gestalten“ im Krankenhaus wurden 45 Pflegestationen und zwei OP-Bereiche sowie ein Anästhesie-Bereich mit über 1.300 Mitarbeitern in einem Klinikum begleitet. Im Mittel leitete jede Station beziehungsweise jeder Pflegebereich vier Maßnahmen oder Maßnahmenpakete ab. Der Bericht nennt Verbesserungserfordernisse und zeigt Maßnahmenbeispiele auf.

„Stationsorganisation im Krankenhaus“; Prof. Dr. Winfried Hacker, Dr. Nicole Stab; 1. Auflage; Dortmund; Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2016; ISBN 978-3-88261-020-8; 80 Seiten. Eine Version im PDF-Format gibt es zum Herunterladen unter der Adresse www.baua.de/stationsorganisation im Internetangebot der BAuA.

Forschung für Arbeit und Gesundheit

Sichere und gesunde Arbeitsbedingungen stehen für sozialen Fortschritt und eine wettbewerbsfähige Wirtschaft. Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) forscht und entwickelt im Themenfeld Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit, fördert den Wissenstransfer in die Praxis, berät die Politik und erfüllt hoheitliche Aufgaben – im Gefahrstoffrecht, bei der Produktsicherheit und mit dem Gesundheitsdatenarchiv. Die BAuA ist eine Ressortforschungseinrichtung im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. Über 700 Beschäftigte arbeiten an den Standorten in Dortmund, Berlin und Dresden sowie in der Außenstelle Chemnitz.

www.baua.de

Aktuell

eakin® 
Weil Hautschutz wichtig ist

Eakin Cohesive® alkoholfreie Hautschutzpaste

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

Sicher und hautfreundlich versorgen:

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



Medizinisch notwendig bei:

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

Fragen, Muster, Bestellungen:



0800-22 440 22
(gebührenfrei)

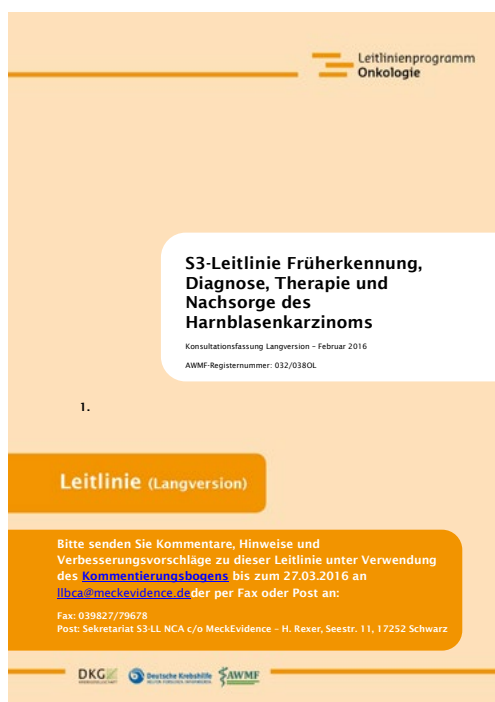
Eakin GmbH · Feringastrasse 6
85774 München-Unterföhring
Tel. 089 – 99 216 256
Fax 089 – 99 216 200
info@eakin.de · www.eakin.de

Alle Informationen dieser Eakin Anzeige beruhen auf Informationen, die zum Zeitpunkt der Erstellung für aktuell und korrekt gehalten werden. Eine Gewähr auf die Vollständigkeit und Richtigkeit kann jedoch nicht übernommen werden. Wir übernehmen keine Haftung für jegliche Art von Schäden, die sich aus der Nutzung der hier publizierten Informationen ergeben könnten. Sollten Sie sich für die Verwendung von in diesem Prospekt aufgeführten Medizinprodukten entscheiden, beachten Sie bitte vor deren Anwendung auch die jeweilige Gebrauchsinformation.

Informationen für Veränderung oder gar Zeit für Neues in der Urologie?

Diese Frage können Sie für Ihren Arbeitsbereich nur beantworten wenn Sie die S3-Leitlinie gelesen haben!

Annähernd 16.000 Menschen erkranken in Deutschland jährlich an einem Harnblasenkarzinom. Die S3-Leitlinie Früherkennung, Diagnose, Therapie und Nachsorge des Harnblasenkarzinoms steht ab sofort als Konsultationsfassung zur Verfügung.



Diese Information ist für uns Pflegeexperten SKW, die in der Versorgung, Beratung, Anleitung und Schulung mit Patienten besonders nach Zystektomie arbeiten, äußerst interessant zu lesen.

Wie kam es dazu?

Als im Februar 2013 der Start für die Erstellung der S3-Leitlinie Harnblasen-

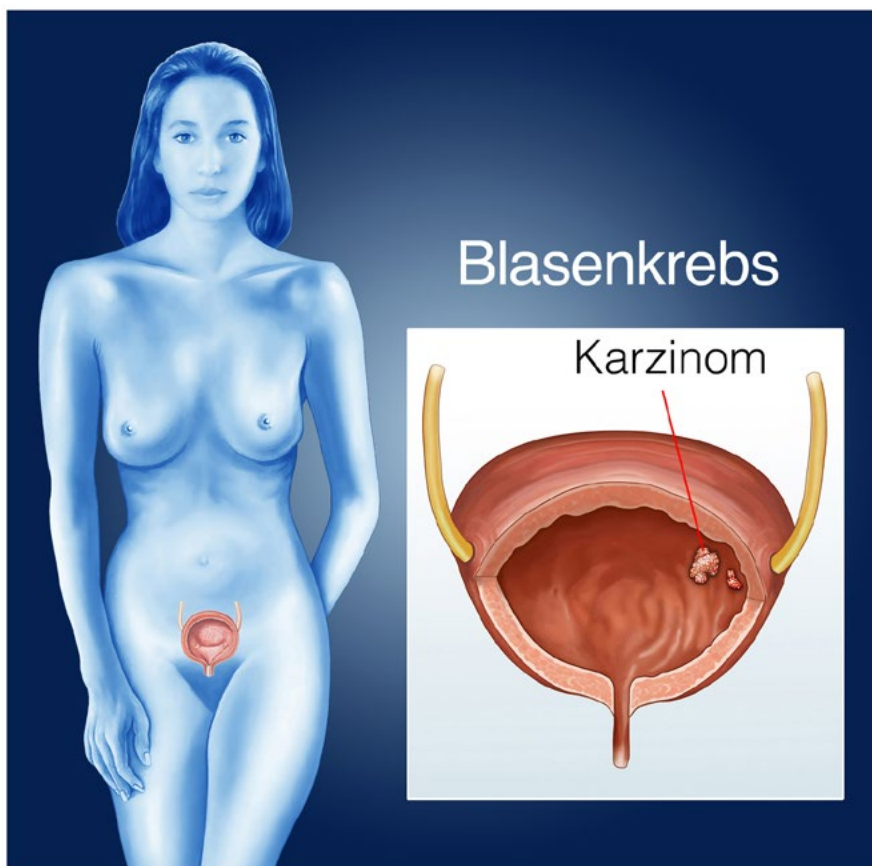
karzinom begann, konnte die FgSKW e. V. von Anfang an mitwirken. Frau Karin Simons, Städtisches Klinikum München GmbH, Krankenhaus Harlaching und Frau Gabriele Gruber, MSc, München, wurden im Auftrag der FgSKW e. V. als Mandatsträger in die Leitliniengruppe berufen. Insgesamt nahmen 50 Fachexperten aus nahezu 32 Fachgesellschaften zusammen mit Vertretern der

Selbsthilfe die Arbeit auf.

Im Vorfeld waren an die FgSKW schon „Arbeitsaufträge“ in Form von Schlüssel Fragen und Fragestellungen ergangen. Diese wurden nach einer Literaturrecherche und der Ausarbeitung für die bevorstehende Konsensus-Konferenz bearbeitet.

Zur 1. Konsensus-Konferenz im Dezember 2013 wurden alle Teilnehmer von Prof. Dr. J. Gschwend und Frau Prof. Dr. M. Retz, Klinikum rechts der Isar, München begrüßt. Die Ziele dieser interdisziplinären Leitlinie zur Förderung und Weiterentwicklung von Prävention, Früherkennung, Diagnostik, Prognostik, Therapie und Nachsorge des Harnblasenkarzinoms wurden vorgestellt.

Organisatorische Fragen und Vorgehensweisen, wie die Klärung von Interessenskonflikten, die Einführung in die Methodik, der Konsensbildung für die Leitlinienentwicklung wurden von Hr. Dipl. Soz. Wiss. Th. Langer (DKG), Hr. Dr. med. Markus Follmann MPH MSc (DKG), Fr. Dr. med. Monika Nothacker MPH (AWMF) vorgestellt und betreut. Danach wurde die Arbeit aufgenommen, um in Gruppen zu den bereits vorliegenden Ausarbeitungen der ersten Schlüssel Fragen zu diskutieren, Texte zu erstellen, um daraus die Empfehlungen oder Statements zu erarbeiten. Durch die multiprofessionelle Zusammensetzung



Blasenkarzinom

Karzinom

der Arbeitsgruppen wurden fachlich viele Diskussionen aus den verschiedenen Perspektiven geführt, und mancher Dissens musste ausdiskutiert und gelöst werden. Für die Patientenvertretung waren Herr Dr. Manfred Petrik und Herr Joachim Weier (Blasenselbsthilfe) von Beginn an in die Erstellung der Leitlinie eingebunden.

Am Ende des 2 Tages konnten schon die ersten Empfehlungen abgestimmt und konsentiert werden. Das bedeutete jedoch nicht, dass die Arbeit für die Arbeitsgruppen beendet war. Nun mussten die Hintergrundtexte ausformuliert werden und die nötige Abstimmung zur Vorstellung in der Konsensus-Konferenz erfolgen. Umfangreiche Literaturrecherchen, Texterstellung und -bearbeitungen waren dann über die Jahre immer wieder „Hausaufgaben“, konnten jedoch mittels E-Mail und Telefonkonferenzen vorbereitet und für die nächste Sitzung bearbeitet werden.

Über nunmehr 2,5 Jahre wurden in 4 Konsensus-Konferenzen und in 8 Arbeitsgruppen die Schlüsselfragen und somit Kapitelinhalte für die umfangreichen Statements und Hintergrundtexte bearbeitet, abgestimmt und konsentiert.

Direkt zu den Inhalten haben Frau K. Simons und Frau G. Gruber für die FgSKW in Arbeitsgruppen mitgearbeitet und an den Abstimmungen der Konsultations-Konferenzen mitgewirkt:

Arbeitsgruppen:

- AG 5 Therapie des muskelinvasiven Blasenkarzinoms
 - AG 6 Harnableitungen
 - AG 8 Rehabilitation, Lebensqualität, Nachsorge, Psychosoziale Aspekte und Palliativmedizin
 - AG Qualitätsindikatoren
- Derzeit ist die Konsultationsfassung im Internet zu finden.

Für unsere Arbeit als Pflegeexperten sind besonders die Kapitel 8 bis 11 mit ihren Statements und den Hintergrundtexten interessant.

So zum Beispiel:

- Aspekte der ärztlichen Aufklärung, wie eine Entscheidungsfindung zu Therapieoptionen zusammen mit Betroffenen stattfinden kann.
- Welche Harnableitung individuell für den Betroffenen in Frage kommt?
- Wie im präoperativen Gespräch zusammen mit Pflegeexperten das Vorgehen bei der Stomapositionierung

vor Operation vorgenommen wird. Hier ist die „Handlungsanweisung präoperative Markierung“ der FgSKW e. V. eingeflossen (FgSKW, 2012)

- Auch wurden patientenorientierte und stomarelevante Aspekte, wie die Wichtigkeit einer prominenten Anlage eines Ileumconduits sowie der Beratungs-, und Betreuungsbedarf nach Operation aufgenommen.
- Nachsorge und Betreuungsbedarfe für eine kontinuierliche Betreuung sind im Kapitel 11 zu finden.

In der kommenden Ausgabe der MagSi werden wir Sie zu diesem Thema mit weiteren Details, fachlichen Inhalten und Qualitätsindikatoren des Erhebungsboogens informieren.

Karin Simons

Krankenschwester, Enterostomatherapeutin, Wundexpertin ICW
München

E-Mail: karin@simons-simons.de

Gabriele Gruber, MSc

Akademische Kontinenz- und Stomaberaterin, Pflegeexperte SKW (FgSKW e. V.),
München,

E-Mail: kontakt@gabriele-gruber.de

Literaturverzeichnis

AWMF; DKG; DKH, 2016. Leitlinienprogramm Onkologie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF), der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. (DKG) und der Deutschen Krebshilfe. [Online]

Available at: <http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/> [Zugriff am 05. März 2016].

AWMF, 2016. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.; S3-Leitlinie Früherkennung, Diagnose, Therapie und Nachsorge des Harnblasenkarzinoms, Konsultationsfassung; AWMF. [Online] Available at: <http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Blasenkarzinom.92.0.html> [Zugriff am 05. März 2016].

FgSKW, 2012. Fachgesellschaft Stoma-Kontinenz - Wunde e. V. "Handlungsanweisung Präoperative Markierung". [Online]

Available at: http://www.fgskw.org/files/handlungsanweisung_praeoperative_markierung.pdf [Zugriff am 26. Mai 2014].



Halko Weiss,
Michael E. Harrer,
Thomas Dietz

Das Achtsamkeits-Übungsbuch

Für Beruf und Alltag

Einfach den Anleitungen auf den CDs zu folgen, erleichtert es innezuhalten, Ruhe und Zugang zur Innenwelt sowie zu regelmäßigem Üben zu finden.

Der Begleittext unterstützt dabei, indem er über das Wesen der Achtsamkeit und über ein breites Spektrum von Anwendungs- und Variationsmöglichkeiten der einzelnen Übungen informiert.

- Effiziente Übungen gegen Stress und Burnout und für mehr Lebensqualität
- Sofortige Umsetzung durch die CDs

Hier könnte
auch Ihr
Buchbeitrag
veröffentlicht
werden.



Birgit Carlsson

Mich kriegst du nicht!

Ich musste erst das Rauchen aufgeben, um Krebs, Kacksäcke/Stoma, Todesangst, Hormone, Bewegungsdrang und sekundäre Pflanzenstoffe, aber vor allem mich selber kennen zu lernen.

Eine amüsante, aber wahre Geschichte über Darmkrebs, Wechseljahre und die Liebe.

Warten Sie nicht auf Vorsorgeuntersuchungen und nehmen Sie Ihre Gesundheit selbst in die Hand, denn auch unglückliche Beziehungen machen krank.

Eine kleine Vorschau von dem, was dieses Buch Ihnen vermitteln wird:

- Diagnose Darmkrebs mit erst 48 Jahren – ein Erfahrungsbericht.
- Wie man mit einem "Kacksack" / Stoma umgeht.
- Welche positiven Auswirkungen Hypnose auf Sie und Ihre Gesundheit haben kann.
- Wie man angenehm durch die Wechseljahre kommt.
- Wie Sie Beziehungen nicht allzu ernst nehmen können.
- Wie wichtig Sport für die Gesundheit ist.
- Wie Sie auch einen Krankenhausaufenthalt mit Humor nehmen können.
- Wie Sie niemals die Leichtigkeit Ihres Gemüts verlieren.
- Und noch vieles, vieles mehr!



Marianne Peters-Gawlik

Fistelversorgung

Mit Praxisbeispielen

Wer Fisteln adäquat versorgen möchte, benötigt umfangreiches Fachwissen: Wissen um die verschiedenen Fistelarten und deren Besonderheiten und Wissen um die richtige Hautpflege und Wundversorgung. Aber auch die Versorgungsprodukte zu kennen und diese richtig einsetzen zu können, ist für eine effektive Fistelversorgung unabdingbar. Zahlreiche Tabellen und umfangreich bebilderte Praxisbeispiele machen dieses Buch zu einem praktischen Leitfaden für eine erfolgreiche Fistelversorgung. Was sind Fisteln, welche Arten gibt es, wir werden sie benannt und klassifiziert – damit startet das Buch. Danach wird ausführlich die therapeutische Fistel- und Wundversorgung beschrieben, die Auswahl adäquater Materialien und die entsprechende Verlaufskontrolle. Auch kompliziertere Versorgungen werden erklärt. Ein umfangreiches Kapitel befasst sich mit verschiedenen Hautveränderungen, die die Fistel- und Wundversorgung erschweren können, gefolgt von einem Kapitel zur begleitenden Ernährungstherapie. Den Abschluss bilden fünf umfangreich bebilderte und gut erklärte Praxisbeispiele. Ein Buch, das von Praktikern für die Praxis geschrieben wurde, sich jedoch auch nicht scheut, die dazugehörige Theorie mitzuliefern, denn nur die Kombination von Praxis und Theorie führt zu einer bestmöglichen Versorgung.



Stoma-Tag 2016 am Marienhospital

5. März 2016

Am 05.03.2016 lud die Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Marienhospital Aachen wieder zum traditionellen Stoma-Tag ein. Die Veranstaltung, die seit 2010 fest im Fort- und Weiterbildungsprogramm der Katholischen Stiftung Marienhospital Aachen verankert ist, besuchten 2016 erneut 150 Teilnehmer aus ganz Deutschland. Das Symposium, welches sich immer gleichermaßen an Betroffene und Anwender – also Patienten, Ärzte und Pflegekräfte – richtet, war damit wieder ausgebucht. In Kooperation mit der Industrie, lokalen Sanitätshäusern, Pflegediensten und den großen Selbsthilfeorganisationen ILCO und Stomawelt konnten wieder aktuellste Tipps und News zum Thema Stoma präsentiert werden. Mehr als 100.000 Menschen leben in

Deutschland mit einem Stoma in Partnerschaft, Familie, Gesellschaft und Beruf. Unter dem Motto „Mitten im Leben – mit Stoma“ stellte das Symposium deshalb in diesem Jahr die Themen Sport, Ernährung, Lifestyle und Sexualität in den Mittelpunkt. Neben dem klassischen Update 2016 zur Stoma-Grundversorgung stand der Vormittag im Zeichen der Chirurgie. Neue operative Versorgungsmöglichkeiten beim Stoma-Bauchwandbruch unterstrichen die hohe operative Expertise der Klinik. „Sport mit Stoma“ brachte danach den ganzen Vortragssaal in fröhliche Aktion. Der Nachmittag überzeugte dann durch versierte Informationen zum Alltagsleben. Höhepunkt der gesamten Veranstaltung war sicher der Bericht von Frau Sailer aus Augsburg, die als jahrzehntelange Stoma-Trägerin eine

wunderbare Lebensfreude ausstrahlt. Ihr Vortrag hat viele Ängste genommen und auch in den Bereichen des Alltags Mut gemacht, die sonst manchmal etwas in Vergessenheit geraten. Zwischen den Vorträgen und während des Mittagsimbiss standen die Referenten auch für persönliche Ratschläge zur Verfügung, ebenso wie die großen Selbsthilfe-Gruppen. Die wieder bestens ausgestattete, attraktive Industrie-Ausstellung bot dazu alle Arten weiterer Informationen. Zusammenfassend war der Stoma-Tag 2016 wieder eine hervorragende Veranstaltung, die damit auch ihre Einzigartigkeit in Deutschland selbstbewusst unter Beweis stellte. Alle Beteiligten freuen sich jetzt schon auf 2017. Die Reise in die Kaiserstadt Aachen lohnt sich auf jeden Fall.

Bilder: Marienhospital



Stoma: Neuer Verschluss für Ileostomiebeutel vereinfacht das Handling

Der neue Beutel kann in zwei Schritten geöffnet und geschlossen werden und hat ein größeres Volumen

Die B. Braun Melsungen AG hat für die Ileostomie-Beutel Softima

Ileo einen neuen trageangenehmeren und in der Handhabung leichteren Verschluss entwickelt.

Der neue Roll'Up-Verschluss wird sukzessive für alle ein- und zweiseitigen Ileostomiebeutel des Unternehmens eingeführt und löst den bisherigen Verschluss Flow-Control ab.

Der Roll'Up Verschluss bietet dem Anwender einen erhöhten Tragekomfort durch weiches Material und ist wesentlich kleiner. Die Anwendungsschritte zum Öffnen und Schließen wurden von vier auf zwei reduziert, wodurch sich der Beutel auch einfacher reinigen lässt. Durch die Verkleinerung des Verschlusses hat der Beutel bei gleicher Größe ein höheres Volumen.

www.stomacare.bbraun.de

*B. Braun Melsungen AG
Sparte OPM*

Postfach 11 58

34201 Melsungen

Deutschland

Tel.: 0 56 61 71 33 99

Fax: 0 56 61 71 35 50

E-Mail: kundenservice@bbraun.com

www.ambulant-bbraun.de

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

Diese Information wurde in den Fachabteilungen der Sparten erstellt.

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte direkt an:

Andrea Thöne

Tel. (0 56 61) 71 3541

Fax (0 56 61) 75 3541

andrea.thoene@bbraun.com

Stomadusche

Die Stomadusche ist für Personen mit einem Stoma bestimmt, die die Haut um das Stoma herum reinigen und pflegen möchten. Mit der Stomydo® Stomadusche verfügen Sie über ein Produkt für eine schnelle und pflegende Reinigung der Haut. Die Stomadusche kann einfach am Waschbecken für eine schnelle Pflege verwendet werden.



Basisplattenerwärmer

Der Basisplattenerwärmer ist zum Erwärmen der Basisplatte von sowohl einem einteiligen wie einem zweiteiligen Stoma-System bestimmt. Mit dem Stomydo® Basisplattenerwärmer verfügen Sie über ein Produkt für eine schnelle und einfache Erwärmung Ihrer Basisplatte.



Ein ausführliches Anleitungsvideo (in niederländischer Sprache) finden sie auch unter: www.youtube.com/watch?v=kCK84dPFEbk

Stomydo BV
Heijtstraat 11
5953 KL Reuver (Niederlande)
info@stomydo.com
www.stomydo.com



Vertrieb in Deutschland durch
Wegimed GmbH

WEGIMED GmbH
Eiserfelder Straße 446,
57080 Siegen-Eiserfeld
Germany

Telefon: +49-271-70319627 oder
0800/WEGIMED (freecall national)
0800/ 93 44 633 (freecall national)

Telefax: +49-271-70319620
E-Mail: info@wegimed.de

Bürozeiten:
Mo. - Fr. 8.00 Uhr - 17.00 Uhr





Die nächste Ausgabe Ihrer

MagSi® Magazin
Stoma · Kontinenz · Wunde

erscheint im August 2016

Herausgeber

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

ISSN 1863-1975

Erscheinungsmonate

April, August, Dezember

Redaktionsschluss

1. Februar, 1. Juni, 1. Oktober

Anzeigen- und Beilageschluss

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

Redaktion + Autorenbeiträge

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

Gestaltung

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

Druck

HEWEA-Druck GmbH
Haldenstraße 15, 45966 Gladbeck
Tel.: (02043)46006
Fax: (02043)47434
E-Mail: info@heweadruck.de

Anzeigenverwaltung,

Verkauf und Versand

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

Abonnement

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

Das Abonnement gilt zunächst bis zum
Ende des folgenden Kalenderjahres.
Danach kann das Abonnement jährlich
bis zum 30. 09. jeden Jahres zum 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 Abonennten-Versand zusätzlich
durchgeführter zielgruppenorientierter
Wechselversand bundesweit oder gezielt
regional wird zur Öffentlichkeitsarbeit
regelmäßig durchgeführt.

Bankverbindung

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

Geschäftsbedingungen

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

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

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

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

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

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

Bild: © Ljupco Smokovski – Fotolia.com

»Er ist so flexibel. Manchmal vergesse ich sogar, dass ich eine Versorgung trage.«

Line, Stomaträgerin



Du bewegst das Leben – Mio bewegt dich.

SenSura® Mio – Sicherheit und Selbstvertrauen den ganzen Tag über

SenSura Mio gibt mit seinen Eigenschaften ein absolut neues Tragegefühl. Er ist diskret, anschmiegsam, flexibel und sicher. Mit SenSura Mio können Sie wieder ungezwungen am Leben teilnehmen und gewinnen ein hohes Maß an Lebensqualität zurück.

Elastischer Hautschutz – passt sich individuellen Körperformen an und folgt sicher jeder Bewegung.

Lichtgrauer Textilstoff – fühlt sich gut auf der Haut an und bleibt auch unter weißer Kleidung unauffällig.

Ringfilter – reduziert ein Aufblähen des Beutels.

Außergewöhnlich flexible Rastringverbindung – optimaler Komfort und noch stärkeres Gefühl von Sicherheit.

Für alle Stomaarten: Kolo – Ileo – Uro



SenSura® Mio
1-teilig plan



SenSura® Mio Click
2-teilig plan



SenSura® Mio Flex
2-teilig plan



Stomacare

Bandagen für Stomaträger

HMV Pos.-Nr.: 05.11.03.2008

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

Indikationen

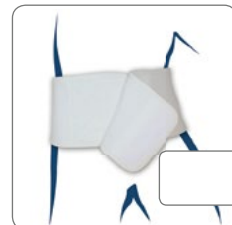
- Bauchdeckenschwäche
- Hernie im Narben- und Stomabereich
- Ileo-/Kolo-/Urostomie
- Ileum-/Kolon-Conduit
- Prolaps



EasyOpener



Standard-Fertigfabrikat



Irrigation

Bandagen-Zubehör

Stomacare-Protector

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

Stomacare-Beuteltasche

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



Protector



Beuteltasche



Detaillierte Info
unter basko.com



Basko Healthcare

Gasstraße 16 | 22761 Hamburg
Tel.: +49 (0) 40 85 41 87-0 | Fax: +49 (0) 40 85 41 87-11
E-Mail: verkauf@basko.com | Internet: www.basko.com