

MagSi[®]

MAGAZIN



STOMA
KONTINENZ
WUNDE

Das Thema

Die sakrale Nervenstimulation zur Therapie der Stuhlinkontinenz

Das Tanzberger Konzept[®] zur aktiven Kontinenzsicherung

Professionelle Begleitung in Veränderungsprozessen ist notwendig

Aktuell

Von Spinnenseide und Fliegenlarven, intelligenten Verbänden und seltenen Ursachen des Ulcus Cruris

Weiterbildung Aktuell

Neue zertifizierte Fortbildung zum Spezialist-/in für Stomapflege im CBG Kassel

SenSura® Mio Konkav ist einzigartig für individuelle Rundungen.

SenSura® Mio Konkav ist die erste Stomaversorgung die für Stomaträger mit Rundungen wie Bauchrollen, adipösen Körperformen oder parastomalen Hernien entwickelt wurde. Die gewölbte, sternenförmige Basisplatte haftet sicher auf Rundungen aller Art und lässt sich faltenfrei anbringen. Durch die Flügel der Basisplatte werden die Wölbungen »umarmt« und die Basisplatte hat Dank BodyFit Technologie® einen sicheren Sitz.

Probieren auch Sie, wie **SenSura® Mio Konkav** das Leben Ihrer Patienten erleichtern kann und fordern Sie kostenfreie Muster an:
www.sensuramiokonkav.coloplast.de



 **Coloplast**

SenSura® Mio Concave

SenSura® Mio Plan



SenSura® Mio Konkav



SenSura® Mio Konkav



SenSura® Mio Konkav ist Bestandteil des SenSura® Mio Sortiments mit Versorgungen für ebene, nach innen gewölbte oder nach außen gewölbte Stomaumgebungen. **SenSura® Mio passt zu jeder Körperform.**





Ausblick

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

haben Sie schon mal von „Deeptalk“ gehört?

Wie oft sind wir auf Events und es fallen oberflächliche Sätze wie „Das Wetter ist aber schön heute?“ oder „Haben Sie gut hergefunden?“ In Zeiten, wo jeder ein Navi besitzt, könnte man sich die Frage sparen. Und das Wetter hat wahrscheinlich auch jeder registriert. Smalltalk ist ermüdend und oberflächlich und wir kennen die Personen, mit denen wir in Kontakt sind, nach einiger Zeit des Smalltalks kaum mehr als zuvor.

Und doch benutzen wir den Smalltalk, um ins Gespräch zu kommen. Ein Gesprächseinstieg mit „Was empfanden Sie als Ihr schönstes Erlebnis dieses Jahr?“ wäre wohl eher befremdlich. Wir benutzen den Smalltalk, um herauszuhören, welche Themen interessant für ein Gespräch sein könnten. Wir zeigen Interesse und können so in die tieferen Gespräche, in den „Deeptalk“ einsteigen. Manchmal brauchen Dinge, die wir schon immer gemacht haben, einfach einen neuen Anstrich um interessant zu werden. 😊

Wir wünschen Ihnen einen schönen Sommer weiterhin. Mögen die heißen Tagen für Sie nicht zu anstrengend sein.

Ihre Redaktion der MagSi®

Das Thema

- 4 Stuhlinkontinenz
- 11 Stuhlinkontinenz als Komplikation nach Eingriffen am Enddarm
- 14 Die sakrale Nervenstimulation zur Therapie der Stuhlinkontinenz
- 18 Das Tanzberger Konzept® zur aktiven Kontinenzsicherung
- 24 Professionelle Begleitung in Veränderungsprozessen ist notwendig
- 28 Patientenerfahrungen bei der Verwendung von ISK
- 30 Selbsthilfe aus Sicht der Blasenkrebs-Selbsthilfegruppen (SHG)

Aktuell

- 32 Von Spinnenseide und Fliegenlarven, intelligenten Verbänden und seltenen Ursachen des Ulcus cruris
- 34 Mehr Ausbildung, mehr Personal, mehr Geld

Fachgesellschaft Aktuell

- 36 Termine/Kongresse
- 37 Kooperationspartner/Mitgliedsverbände

Buch-Tipp

- 38 Buchvorstellung
- 40 Neue zertifizierte Fortbildung zum Spezialist/-in für Stomapflege im CBG Kassel

Weiterbildung Aktuell

- 42 Impressum/Vorschau nächste Ausgabe

Impressum

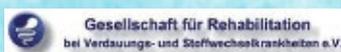
Herausgeber



Kooperationspartner



Mitgliedsverbände



Stuhlinkontinenz

Diagnostik und Therapie

Die Stuhlinkontinenz stellt insbesondere vor dem Hintergrund der alternden Bevölkerung eine Herausforderung für die Proktologische Praxis dar. Sie resultiert aus einer Vielzahl von Schädigungen des Kontinenzapparates und kann somit nicht allein auf den Sphinkterapparat reduziert werden. Insgesamt liegt die Inzidenz bei 2% der erwachsenen Bevölkerung und steigt auf bis zu 15% jenseits des 65. Lebensjahres an. Bei Bewohnern von Pflegeheimen ist die Inzidenz noch deutlich höher.

Die aktive „motorische“ Kontinenz wird neben den beiden Schließmuskeln auch durch die Beckenbodenmuskulatur sowie die Bänder, Faszien und Organe des kleinen Beckens gewährleistet.

Für die „sensorische“ Kontinenz sind neben der sensiblen Analschleimhaut, dem Hämorrhoidalgewebe und dem Rektumreservoir vor allem neurologische und psychische Faktoren wichtig. Die Innervation des Beckenbodens erfolgt durch den N. pudendus.

Die Kontinenzfunktion ist bei Frauen deutlich schwächer als bei Männern und wird insbesondere durch Schwangerschaften zusätzlich gefährdet.

Autorendarstellung:

Dr. med. Andreas Ommer
(Jahrgang 1963)

1983–1989 Studium der Humanmedizin an der Universität Essen. 1989–1996 Facharztausbildung Chirurgie. 1996–2001 proktologische Ausbildung St. Josef-Hospital Duisburg und Prosper-Hospital Recklinghausen, 2001–2011 Oberarzt Kliniken Essen-Mitte, seit 2011 eigene Koloproktologische Schwerpunktpraxis in Essen.

Schwerpunkte: verantwortlicher Autor der S3-Leitlinien Analfistel, Analabszess, Rektovaginale Fisteln und Sinus pilonidalis

PD Dr. med. Ralph Schneider, MBA
(Jahrgang 1981)

Nach dem Studium in Regensburg von 2001–2007 tätig im Bundeswehrzentral Krankenhaus Koblenz und am Universitätsklinikum Marburg. 2014 Facharzt für Allgemeinchirurgie und Habilitation im Fach Chirurgie. 2016 Zusatzbezeichnung Proktologie. Seit 2017 mit proktologischem Schwerpunkt tätig in den Kliniken Essen-Mitte.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Die Autoren geben an, dass keine Interessenskonflikte bestehen.

Anatomische und funktionelle Grundlagen

Die Kontrolle der Stuhlentleerung resultiert aus einem komplexen Zusammenspiel verschiedener Faktoren (Abbildung 1).

Die beiden wichtigsten Bestandteile der Stuhlinkontinenz sind die Schließmuskelfunktion und die anorektale Sensorik. Davon unabhängige Faktoren sind die Häufigkeit der Stuhlentleerung pro Tag (Stuhlfrequenz) und die Konsistenz des Stuhles (fest-weich-flüssig, Meteorismus). Das Rektum als Entleerungsorgan beteiligt sich an der Kontinenz durch die Rektumkapazität (Stuhlspeicherung) und Rektumcompliance (Dehnfähigkeit) sowie die Koordination aller Strukturen bei der Stuhlentleerung.

Risikofaktoren der Stuhlinkontinenz

Mögliche Ursachen von Kontinenzstörungen sind in der Tabelle 2 aufgeführt. In der täglichen Praxis stellen die wichtigsten Ursachen von Kontinenzstörungen Verletzungen im Bereich des Sphinkterapparates durch Entbindungen oder Enddarmoperationen dar, aber auch Schleimhautveränderungen durch Bestrahlungen oder chronisch-entzündliche Darmerkrankungen. In den meisten Fällen liegt eine Kombination verschiedener Faktoren vor, die häufig mit mehr oder weniger großer zeitlicher Differenz zu Beschwerden führen können.



Abbildung 1: Schematische Darstellung der Zusammensetzung der Kontinenzfunktion

Grafik: Andreas Ommer

Risikofaktoren für eine Stuhlinkontinenz

Im Bereich ZNS/Rückenmark	Im Bereich des Kolons	Im Bereich des Rektums
<p>angeboren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spina bifida, Meningo-myelozele • anorektale Fehlbildungen • Morbus Hirschsprung (Überlauf) <p>erworben</p> <ul style="list-style-type: none"> • Koordinationsstörung (Multiple Sklerose, Demenz, Morbus Parkinson u. a.) • Schlaganfall • Trauma (Querschnittslähmung, Kompression der Cauda equina) • Entzündung (Tabes dorsalis) • Bandscheibenvorfall • nach Wirbelsäulen-OP • bei Durchblutungsstörungen der Spina (z. B. Aortenersatz) • normale Alterungsvorgänge (Beckenbodensenkung) • Beckenbodensenkung durch wiederholte Schwangerschaften 	<p>gestörte Kolonmotilität im Sinne einer Diarrhoe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colon irritabile • Medikamente • Laxantienabusus • Nahrungsmittel (z. B. Lactose-, Fruktose-Intoleranz) • Infektion • bakterielle Fehlbesiedlung • endokrin (z. B. Hyperthyreose) • Diabetes mellitus (Polyneuropathie) • Gallensäurenverlust (z. B. nach CHE) • Neoplasma (plötzliche Änderung?) • Kurzdarmsyndrom • radiogen 	<p>gestörte Reservoirfunktion</p> <ul style="list-style-type: none"> • postoperativ (koloanale Anastomosen) • Narbenbildung (STARR-OP, TRANSTAR-OP) • entzündlich (Proktitis, chronisch-entzündliche Darmerkrankungen) • radiogen • Reizdarmsyndrom • Überlaufinkontinenz <p>gestörte Sensorik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diabetes mellitus (Polyneuropathie) • Hämorrhoidalprolaps mit/ohne Mucosaprolaps • postoperativ (Resektion von Anoderm) • postoperativ (Operationen im kleinen Becken) • neural (Beckenbodensenkung, Rektumprolaps) • Trauma mit Nervenverletzung <p>gestörte Sphinkterfunktion</p> <ul style="list-style-type: none"> - Myopathien (Dermatomyositis...) - Tumoren (Infiltration bei anorektalem Karzinom) - Trauma - Entbindung - anale Chirurgie (v. a. Fistel, Fissur, Hämorrhoiden) - Tumorchirurgie im kleinen Becken (intersphinktere Resektion, Hysterektomie) - Nervenläsionen durch rekonstruktive Chirurgie bei Beckenbodensenkung (v. a. Netzeinlage) - direktes Trauma (Pfählungsverletzungen, Beckenfrakturen...)

Symptomatik und Diagnostik

Die Symptomatik der Stuhlinkontinenz ist klar umrissen. Die Betroffenen klagen über einen unkontrollierten Abgang von Luft oder Stuhl. Zu differenzieren ist zwischen dem unkontrollierten und meist unbemerkten Abgang von Stuhl oft mit Verschmutzung der Wäsche (passive Inkontinenz) und der Dranginkontinenz, bei der v. a. die Vorwarnzeit (Zeit bis zum Aufsuchen einer Toilette) verkürzt ist.

Wichtigster Bestandteil der Diagnostik stellt die Befragung der Patienten/innen dar. Diese umfasst die Häufigkeit von

Inkontinenzepisoden und die Qualität der Inkontinenz (Luft, flüssiger oder fester Stuhl) sowie die Beurteilung einer Dranginkontinenz. Es sollte versucht werden, die subjektive Belastung des Patienten/der Patientin zu bewerten. Dieses ist insbesondere vor dem Hintergrund wichtig, dass v. a. die Stuhlinkontinenz das Schamgefühl der betroffenen stark belastet und die Überwindung, mit diesen Problemen einen Arzt aufzusuchen, hoch ist. Schwierigkeit bereitet oft die Quantifizierung der Inkontinenz, und somit die Bewertung der persönlichen Beeinträchtigung. Diese weist eine hohe Variabilität auf und stellt eine wichtige

Voraussetzung für die Motivation der Betroffenen im Hinblick auf konservative und operative Therapiemaßnahmen dar.

Ein Versuch der Erfassung kann mit einem Stuhltagebuch oder einem Inkontinenzprotokoll erfolgen. Beides konnte sich jedoch wegen des Zeitaufwandes in der klinischen Praxis nicht durchsetzen. Die Befunderhebung umfasst die klinische Untersuchung und die Austastung des Analkanals mit dem Finger. Bei letzterer kann die Kraft des Schließmuskels beurteilt werden. Häufig findet sich ein Analekzem durch die chronische Hautreizung (Abbildung 2a, 2b). Ziel der klinischen Untersuchung ist



Abbildung 2: Inspektionsbefunde bei Patienten mit Kontinenzstörung
(a: Analekzem bei M. Crohn, b: Beckenbodensenkung mit Marisken und chronischem Ekzem,
c: Analekzem bei leichtem Hämorrhoidalleiden)



Abbildung 3: Inspektionsbefunde bei Patienten mit Kontinenzstörung
(a: Analfistel, b: Hämorrhoidalvorfall, c: Enddarmvorfall)

Bilder: Andreas Ommert, Hersteller



**LEIPZIGER
MESSE**



MEDCARE

Kongress mit Fachausstellung für klinische
und außerklinische Patientenversorgung

18. – 19.09.2019

Congress Center Leipzig

**Pflege
am Puls
der Zeit**

Fortbildung für Fachpersonal und Spezialisten:

- STOMA- UND INKONTINENZVERSORGUNG
- PALLIATIVMEDIZIN UND SCHMERZMANAGEMENT
- ERNÄHRUNGSTHERAPIE
- HYGIENE
- 7. LEIPZIGER WUNDTAGE
- 6. MITTELDEUTSCHE INTENSIVPFLEGETAGE

www.medcare-leipzig.de

v. a. der Ausschluss organisch fassbarer Veränderungen, die mögliche Ursache von Kontinenzstörungen sein können. Mögliche Befunde sind in der Abbildung 3 dargestellt. Bei der Analfistel entsteht eine Scheinkontinenz durch die Hautreizung aus der Fistel und beim Anal- und Rektumprolaps kann durch die Dehnung des Sphinkters und gleichzeitiges Vortreten der Schleimhaut oft Luft und Flüssigkeit unkontrolliert austreten. Diese Veränderungen können operativ korrigiert werden.

In der Regel sind die Befragung und diese beiden Untersuchungen für die Einleitung einer Therapie ausreichend. Durch eine Enddarmspiegelung sollte ein auffälliger Befund ausgeschlossen werden. Weitere mögliche, aber nicht immer verfügbare Untersuchungen stellen die Schließmuskeldruckmessung (Manometrie) und die Ultraschalluntersuchung (Endosonographie) dar. Bei letzterer können Verletzung des Schließmuskels sehr gut dargestellt werden, auf die Therapie hat sie jedoch ebenso wie die Manometrie meist keinen Einfluss. Beide sind jedoch nicht immer verfügbar und für eine Therapie verzichtbar. Eine darüber hinausgehende Diagnostik, z. B. eine Coloskopie im Rahmen der Krebsvorsorge, ist nur in wenigen Fällen und bei spezieller Symptomatik erforderlich.

Konservative Therapie

In den meisten Fällen können Kontinenzstörungen durch konservative Maßnahmen ausreichend behandelt werden. Operative Maßnahmen sind in der Regel nur bei ausgeprägten Defekten oder nach Versagen der konservativen Therapie indiziert. Die Bewertung der subjektiven Mißempfindung durch eine Stuhlinkontinenz ist sehr unterschiedlich. Entscheidend für die Therapie ist das Ausmaß der subjektiven Beeinträchtigung des/der Betroffenen. Es ist keine prophylaktische Behandlung indiziert.

Im Vordergrund steht dabei die Stuhlgangsregulation. Ziel ist eine Eindickung des Stuhles, da dadurch die Gefahr eines unkontrollierten Stuhlabganges verringert werden kann. Ein einfaches Hilfsmittel stellt der Indische Flohsamen dar, durch den - in höheren Dosen - eine Eindickung erzielt werden kann. In besonderen Fällen kann auch regelmäßig Loperamid zur Anwendung kommen.

Ggf. sollte mit den Patienten die Möglichkeit einer professionellen Ernährungsberatung besprochen werden.

Eine weitere Möglichkeit stellt die anale Irrigation dar (Abbildung 4). Es sind in Deutschland mehrere Systeme auf dem Markt, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse verordnungsfähig sind. Das Prinzip besteht darin, dass der Patient eine gezielte Entleerung zu einem von ihm bestimmten Zeitpunkt herbeiführen kann, bevor er sich in die Öffentlichkeit begibt. Ein leerer Darm kann dann nicht unkontrolliert Stuhl verlieren.

Durch die Industrie werden weiterhin Analtampons angeboten, die den Analkanal verschließen. Obwohl diese in verschiedenen Größen angeboten werden, führt der niedrige Sphinkertonus zu einer geringen Fixationsmöglichkeit und somit oft zu einem Herausrutschen, so dass die Anwendung insgesamt limiert ist.

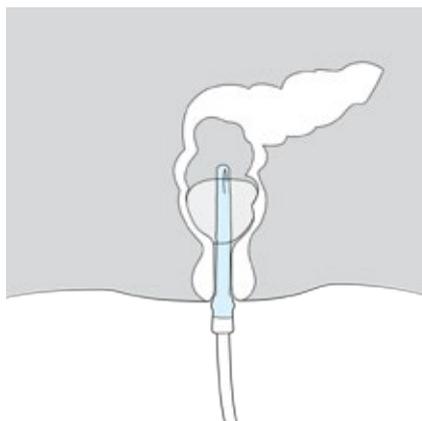


Abbildung 4: Schematische Darstellung der analen Irrigation: a: Einführen des Katheters, b: Spülsystem mit Handbedienung, c: Spülsystem mit Pumpe (Navina-System, Bilder mit freundlicher Genehmigung der Firma Wellspect).

Eine weitere Option stellen gezielte physiotherapeutische Übungen dar, die verordnet werden können. Regionale Physiotherapeuten mit Spezialausbildung auf dem Gebiet der Beckenbodenphysiotherapie können auf der Webseite der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologie, Geburtshilfe, Urologie und Proktologie des Zentralverbandes der Physiotherapeuten ZVK e.V. Physio Deutschland (www.ag-ggup.de) gefunden werden.

Neben der Stuhlgangsregulation stellen Elektrostimulation und Biofeedbacktherapie mögliche primäre Behandlungsoptionen dar. Für beide Therapien ist eine gute Patient compliance Voraussetzung. Bei der Elektrostimulation erfolgt eine passive Stimulation der Sphinktermuskulatur mit niederfrequentem Strom über eine Analsonde, in Ausnahmefällen auch über Klebeelektroden (Abbildung 5). Die Bedienung ist schnell und einfach für den Patienten erlernbar, so dass die Therapie nach ambulanter Einführung zu Hause durchgeführt werden kann. Bei der Biofeedbacktherapie wird ein aktives Training mit Rückmeldung der Kontraktion über die Sonde durchgeführt (Abbildung 6).

Eine Kombination der beiden Techniken ist möglich.



Abbildung 5: Gerät zur Elektrostimulation (mit freundlicher Genehmigung der Firma Implusmedizin, Schermbeck)



Abbildung 6: Gerät zur Biofeedbacktherapie mit Rektalelektrode, (mit freundlicher Genehmigung der Firma Implusmedizin, Schermbeck)

Operative Therapieoptionen

Die Behandlung der Stuhlinkontinenz ist eine Domäne der konservativen Therapie. Nur ein geringer Teil der Betroffenen benötigt langfristig eine operative Therapie. Ausnahmen stellen lediglich jüngere Frauen nach Geburtstraumen dar, bei denen eine frühzeitige Schließmuskelnnaht erwogen werden sollte, da durch konservative Maßnahmen hier langfristig oft keine adäquate Besserung zu erwarten ist. Durch die Verbesserung der geburtshilflichen Techniken und direkte Versorgung von Dammrissen sind derartige Veränderungen im klinischen Alltag jedoch sehr selten.

Bei allen anderen Patienten sollte eine Operation erst bei anhaltenden Beschwerden und nicht effektiver konservativer Behandlung erwogen werden.

Eine Option stellt die Injektion verschiedener Substanzen in den Raum zwischen den beiden Sphinktermuskeln dar. Hierbei handelt es sich um ein relativ teures Verfahren, dessen Erfolgsraten als eingeschränkt bezeichnet werden müssen.

Eingriffe am Schließmuskelapparat zur Reparatur eines isolierten Defektes werden seit vielen Jahren durchgeführt. Bei ca. 70% der operierten Patienten kann eine Verbesserung der Kontinenz erzielt werden, wobei im Langzeitverlauf meist wieder eine Verschlechterung auftritt. Bei intaktem Schließmuskel ergibt sich heute praktisch keine Indikation für einen Eingriff am Schließmuskel mehr.

Bei Patienten mit schwerer Stuhlinkontinenz wurden in der Vergangenheit Möglichkeiten des Schließmuskelerersatzes durch körpereigenes Gewebe oder Fremdmaterial erprobt. Eine dieser Optionen stellt die Umschlingung des Enddarmes mit dem M.gracilis, einem Oberschenkelmuskel, dar, der über einen Schrittmacher stimuliert wird. Auch die Implantation eines künstlichen Schließmuskels (Analband, Magnetband) wurde durchgeführt. Wegen einer hohen Belastung der Patienten durch den Eingriff und sehr hoher Komplikationsraten wurden diese Verfahren wieder verlassen und werden derzeit kaum noch durchgeführt. Eine mögliche Indikation stellt

lediglich die schwerste Inkontinenz bei jüngeren Patienten vor der Stomaanlage dar.

Das derzeit am häufigsten eingesetzte Verfahren zur operativen Behandlung der Stuhlinkontinenz nach Versagen der konservativen Therapiemaßnahmen stellt die Sakralnervenmodulation (SNM) dar. Das Prinzip besteht in der Stimulation der den Nervus pudendus versorgenden Nervenwurzeln. Wahrscheinlich spielt eine begrenzte Tonuserhöhung des gesamten Beckenbodens und nicht nur des Schließmuskels, aber auch eine Beeinflussung von verschiedenen Nervenbahnen, eine Modulation des gesamten Zusammenspiels zwischen zentralem Nervensystem, peripheren Nervensystem und Rektumreservoir eine Rolle. Es kommt nicht zu einer messbaren Druckerhöhung des Sphinkters, obwohl die Patienten meist eine deutliche Besserung ihrer Kontinenz erleben. Das Verfahren ist sowohl bei Patienten mit intaktem Schließmuskel als auch bei Patienten mit Schließmuskeldefekten anwendbar.

Das Verfahren wird in zwei Schritten durchgeführt. Im ersten Schritt wird eine Stimulationssonde an die entsprechende Nervenwurzel implantiert und extern stimuliert. Dann erfolgt eine Testphase, in der der Patient subjektiv die Wirkung der Stimulation beurteilen muss. Im Fall einer klinischen Besserung wird im zweiten Schritt ein definitiver Impulsgeber („Schrittmacher“) eingesetzt.

Die Komplikationsraten dieses Verfahrens sind gering. Die Erfolgsrate ist bei positiver Teststimulation sehr hoch. Die Indikation sollte jedoch streng gestellt werden, zumal die Kosten des Verfahrens sehr hoch sind.

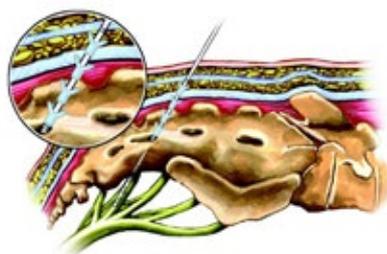


Abbildung 7: Korrekte Positionierung der Elektrode mittels „tined-lead“ – Technik (Abbildung mit freundlicher Genehmigung der Firma Medtronic)



Abbildung 8: Sakralnervenmodulation (Teststimulation mit definitiver Sonde) (Abbildung mit freundlicher Genehmigung der Firma Medtronic)



Abbildung 9: Sakralnervenmodulation (definitive Stimulation) (Abbildung mit freundlicher Genehmigung der Firma Medtronic)



Abbildung 10: Sakralnervenmodulation: Schrittmacher und Elektroden (Abbildung mit freundlicher Genehmigung der Firma Medtronic)

Ultima ratio bei fortgeschrittener Inkontinenz stellt die Anlage eines permanenten Stomas dar. Insbesondere bei ausgeprägter Inkontinenz mit Zerstörung der Sphinktermuskulatur oder nach tiefer anteriorer Rektumresektion

mit Störung der Reservoirfunktion kann die Lebensqualität durch ein optimal angelegtes, gut zu versorgendes Stoma erhöht werden.

Fazit für die Praxis

1. Die Stuhlinkontinenz resultiert aus einer Vielzahl von Faktoren (v. a. Schließmuskelfunktion und -integrität, anorektale Sensorik und Compliance, Stuhlfrequenz und - Konsistenz).
2. Die Diagnostik stützt sich in erster Linie auf die Anamnese und klinische Untersuchung.
3. Die Behandlung der Stuhlinkontinenz ist primär konservativ. Eine sehr wichtige Rolle spielt dabei die Stuhlgangsregulation. Zur Kräftigung des Schließmuskellapparates kann eine gezielte Physiotherapie und/oder eine Elektrotherapie/Biofeedbackbehandlung eingesetzt werden.
4. Die direkte Naht von Schließmuskeldefekten kann als primäre Therapie

v. a. bei jüngeren Patientinnen in Erwägung gezogen werden.

5. Die Implantation eines künstlichen Schließmuskels (Anaband, Magnet-sphinkter) kann bei ausgewählten Patienten mit höhergradiger Inkontinenz und nach Ausschöpfung anderer Maßnahmen gute Langzeitergebnisse erzielen.
6. Die Sakralnervenmodulation als wenig invasives Verfahren stellt heute die Therapie der Wahl bei der schweren Stuhlinkontinenz dar. Aufgrund der hohen Kosten ist jedoch eine strenge Indikationsstellung zu fordern.
7. Auch das endständige Stoma muss bei höhergradiger Inkontinenz in Erwägung gezogen werden.

Anmerkung

Dieser Artikel stellt eine Kurzfassung des Abschnittes "Stuhlinkontinenz" aus dem Buch "Chirurgische Proktologie" dar (Herausgeber B.Möller, A.Ommer et

al, Springer-Verlag 2018). Für eine intensive Beschäftigung mit dem Thema empfiehlt sich deshalb die Lektüre des kompletten Textes.

A. Ommer¹,
R. Schneider²



¹ End- und Dickdarm-Zentrum Essen
² Kliniken Essen-Mitte, Kliniken für Chirurgie und Zentrum für Minimal-Invasive Chirurgie

Korrespondenzadresse
Dr. Andreas Ommer
End- und Dickdarm-Zentrum Essen
Kompetenzzentrum für Koloproktologie
Rüttenscheiderstrasse 66
45130 Essen
Tel.: 0201 – 797977
Fax.: 0201 – 43871755
E-Mail: aommer@online.de

Besser versorgt sein.

Sanitätshaus Aktuell
Unser Lächeln hilft



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

Sanitätshaus Aktuell AG
Auf der Höhe 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.



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

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

Sarah Russell,
Sportwissenschaftlerin

Bestellen Sie
noch heute Ihr
kostenfreies Infopaket

JETZT ANMELDEN

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

Endlich

ein Rehabilitations- training für Stomaträger

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

GRÜN
Grundlagen

BLAU
Fortschritte
machen

LILA
Fitter
werden

GELB
Beckenboden-
Training

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

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

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

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

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

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

Billy



me+ recovery

 **ConvaTec**

Stuhlinkontinenz als Komplikation nach Eingriffen am Enddarm

Einleitung

Störungen der Kontinenzleistung stellen eine gefürchtete Komplikation nach Eingriffen am Enddarm dar. Neben dem unbewussten Abgang von festem bzw. flüssigem Stuhl oder Luft können auch Stuhlschmierer oder eine Dranginkontinenz mit verkürzter Vorwarnzeit die Lebensqualität der Betroffenen deutlich beeinträchtigen.

Die Stuhlinkontinenz setzt sich zusammen aus motorischen (Sphinktermuskulatur) und sensorischen Komponenten (sensibles Anoderm, Rektumreservoir). Das bedeutet, dass nicht nur Schließmuskelschäden sondern auch der Verlust von sensiblem Anoderm (Hämorrhoiden-Operation) und ein Reservoirverlust (STARR-Operation, Rektosigmoidresektion) zu postoperativen Problemen führen können. Für die Beurteilung postoperativer Kontinenzeinbußen ist eine ausführliche präoperative Einstufung der Kontinenzleistung unumgänglich um vorbestehende, überwiegend asymptotische Schädigungen (v. a. Geburtstraumata) und physiologische Alterungsvorgänge beurteilen zu können.

Im folgenden wird die Auswirkung der häufigsten Enddarmeingriffe (Hämorrhoiden, Analfissur, Analfistel, Rektumresektion) auf die Kontinenzleistung beurteilt.

1. Hämorrhoiden-Operation

Zu unterscheiden ist hier zwischen den so genannten klassischen Verfahren, bei denen die vergrößerten Hämorrhoidalknoten entfernt und die Schleimhaut mehr oder weniger rekonstruiert werden

und dem Stapler-Verfahren, bei dem oberhalb des Hämorrhoidalgewebes eine Resektion durchgeführt und der Schließmuskel nicht angetastet wird. Angaben über Kontinenzstörungen nach konventioneller Hämorrhoidenoperation schwanken zwischen 0 und 20% und sind vom Ausmaß des Hämorrhoidalleidens (Vorschädigungen), der Operationstechnik und der Erfahrung des Operateurs abhängig. Neben der notwendigen Entfernung von sensiblem Anoderm spielen bei den klassischen Verfahren akzidentelle Verletzungen des inneren Analsphinkters eine wichtige Rolle. Relevante Schäden des kompletten Schließmuskelapparates sind bei optimaler Beherrschung der Technik vermeidbar. Die klinische Relevanz dieser Störungen divergiert jedoch in einem hohen Maße. Asymptomatische Veränderungen sind sehr häufig. Auch die Staplerhämorrhoidektomie kann Ursache einer postoperativen Inkontinenz sein. In erster Linie steht hier eine Dranginkontinenz durch Verkürzung des Analkanals sowie die Entfernung von sensiblem Anoderm durch zu tiefe Platzierung der Klammernahtreihe (Abbildung 1). Auch das Einführen des



Abbildung 1
Kontinenzstörung nach Stapler-Hämorrhoidopexie durch Narbenbildung nach zu tiefer Platzierung der Klammernaht

Zirkulärstaplers bei der Staplerhämorrhoidektomie oder eine zu gewaltsame Öffnung des Analspreizers kann durch die Dilatation zu Schließmuskeldefekten führen.

2. Analfissur

Die Therapie der Analfissur erfolgt primär konservativ. Die wichtigste Prophylaxe einer perioperativen Komplikation stellt somit die strenge Indikationsstellung dar. Nur nach Ausschöpfung aller konservativen therapeutischen Maßnahmen sollte eine Operation in Erwägung gezogen werden. Typische Zeichen einer chronischen Analfissur ist die Ausbildung eines narbigen Geschwürs meistens bei 6.00 SSL, seltener bei 12.00 SSL. Begleitende Veränderungen sind die Vorpostenfalte und oft ein Analpolyp. Bei dem Vollbild einer chronischen Fissur ist meistens eine Operation sinnvoll.

Als operative Maßnahme konkurriert die Fissurektomie (Fissurausschneidung) mit der lateralen Sphinkterotomie (seitliche Schließmuskelkerbung). Die seitliche Durchtrennung des Musculus sphincter internus führt zwar durch Senkung des erhöhten Sphinktertonus zu einer hohen Abheilungsrate, ist jedoch auch mit einer hohen Rate von Kontinenzstörungen insbesondere im Langzeitverlauf verbunden. In Deutschland ist dieses Verfahren aus diesen Gründen nach den gültigen Leitlinien als obsolet anzusehen.

Therapie der Wahl in Deutschland ist die lokale Ausschneidung des narbigen Geschwürs und der Begleitveränderungen (Analpolyp, Mariske) unter bestmöglicher Schonung des Sphinkters

(Fissurektomie nach Gabriel). Letzteres kann jedoch insbesondere bei ausgeprägter Vernarbung des Internus durch Fibrosierung und Ausbildung einer intersphinkteren Fistel nicht immer gewährleistet werden, so dass hier eine Durchtrennung von Sphinkteranteilen nicht immer vermieden werden kann. Grundsätzlich resultiert jedoch nach den Erfahrungen der Autoren immer ein Defekt zumindest des Anoderms, so dass leichtere Kontinenzstörungen (v. a. Stuhlschmierer) durch eine Rinnenbildung nicht auszuschließen sind und immer Bestandteil der Aufklärung sein müssen. Eine zu ausgeprägte Analdehnung bei der Operation sollte unterlassen werden, da hier eine große Gefahr von Sphinkterläsionen besteht.

3. Analfisteln

Analfisteln stellen ein relativ häufiges Krankheitsbild dar. Sie finden sich überwiegend bei jüngeren Erwachsenen zwischen dem 30. und 50. Lebensjahr, wobei Männer deutlich häufiger als Frauen betroffen sind.

Die Behandlung ist grundsätzlich operativ, da ein Spontanverschluss nicht zu erwarten ist.

Entscheidender Faktor der Therapie der Analfisteln ist die Beziehung des Fistelganges zum Schließmuskelapparat. Es stehen verschiedene Methoden zur operativen Behandlung zur Verfügung. Die Spaltung der Fistel, d. h. die Durchtrennung des zwischen Fistelkanal und Anoderm liegenden Gewebes führt zu einer sehr hohen Heilungsrate von bis zu 100 % und stellt bei oberflächlichem Verlauf die Therapie der Wahl dar. Die Inkontinenzraten liegen für oberflächlich verlaufende Analfisteln unter 10 % und sind überwiegend geringerer Ausprägung.

Das Ausmaß der Kontinenzbeeinträchtigung ist naturgemäß abhängig von der Masse des durchtrennten Muskelgewebes. Mit der Zunahme der durchtrennten Externusmasse kommt es zu einem signifikanten Anstieg der Inkontinenzrate. Aus diesem Grunde sollten bei Fisteln, die nennenswerte Anteile des Schließmuskels einschließen (so genannte „hohe“ Analfisteln, grundsätzlich Sphinkter schonende Verfahren zur Anwendung kommen. Auch Narbenbildungen durch wieder-

holte operative Eingriffe spielen eine Rolle für eine mögliche postoperative Kontinenzstörung (Abbildung 2). Ausgeprägte Fistelsysteme, z. B. bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen, können durch die Kombination der Stuhlhalteschwäche durch narbenbildung und Entzündung sowie eine persistierende Sekretion aus den Fisteln, Ursache einer ausgeprägten Kontinenzstörung sein (Abbildung 3).



Abbildung 2
Abgeheilte Analfistel mit Narbenbildung und Rinnenbildung



Abbildung 3
Ausgeprägtes anales Fistelsystem bei Morbus Crohn

Über Jahre war bei hohen Fisteln die Fistelexzision mit Naht des Schließmuskels das Verfahren der Wahl. Die Fistelöffnung im Enddarm wird zusätzlich durch einen Verschiebelappen verschlossen. Die komplette Fistelspaltung mit primärer Schließmuskelrekonstruktion stellt ein alternatives Verfahren dar. Die Heilungsraten dieser Verfahren liegen in der Regel zwischen 60 % und 70 % und zeigen keine relevanten Unterschiede zwischen den verschiedenen Techniken. Die Informationen über Kontinenzstörungen variieren stark und sind in einem hohen Maße von der Sorgfalt der Erfassung abhängig. Eine Störung der Kontinenz kann jedoch bei bis zu 50 % der Operierten auftreten.

In den letzten Jahren wurden verschiedene neue Verfahren vorgestellt (Fistelplug, Gewebeklebstoff, Laser), die mit einer geringeren Rate an Kontinenzstörungen verbunden zu sein scheinen. Das Problem stellen jedoch relativ niedrige Erfolgsraten dar, so dass mehrfache Eingriffe nicht selten sind. Festzuhalten ist, dass heute die Erhaltung der Stuhlkontinenz neben dem Fistelrezidiv den wichtigsten Faktor bei der Bewertung der postoperativen Zufriedenheit der Patienten darstellt. Das optimale Verfahren mit höchster Heilungsrate und gleichzeitig minimalster Rate an Kontinenzstörungen existierte derzeit leider nicht, so dass für den Operateur immer ein Kompromiss einzugehen ist.

4. rektale Resektionen

Während Eingriffe am rechtsseitigen Colon und Colon transversum nie zu Einbußen bei der Stuhlkontinenz führen, können langstreckige Colonresektionen (subtotale Colectomie) und linksseitige Resektionen durch die fehlende Stuhlspeicherung im Rektosigmoid und die beschleunigte Passage mit erhöhter Stuhlfrequenz und flüssigerer Stuhlkonsistenz, insbesondere bei Vorschäden am Analkanal, zu relevanten Kontinenzstörungen führen.

Einen Sonderfall stellen die tiefe anteriore Rektumresektion mit coloanaler Anastomose dar. Eine Beeinträchtigung der Stuhlinkontinenz resultiert insbesondere aus dem kompletten Rektumreservoirverlust, ggf. in Verbindung mit Schließmuskelläsionen (Teilentfernung des Internus bei intersphinkterer Resektion, Analkanaldilatation zur Anastomosenherstellung mittels Stapler oder transanaler Naht). Durch Interposition eines Pouches (J-Pouch, Coloplastie-Pouch) kann die Stuhlfrequenz in der Regel gesenkt und somit das Ausmaß der Kontinenzstörung verringert werden. Auch eine gestörte Compliance des Neorektums durch die lokale Entzündungsreaktion bei einer Nahtinsuffizienz kann einen Risikofaktor darstellen. Auch die Bestrahlung des Operationsgebietes im Rahmen der onkologischen Behandlung führt zu einer Beeinträchtigung der Kontinenzfunktion. Die wichtigste Ursache einer Kontinenzstörung nach coloanaler

Anastomose stellt somit im Gegensatz zu den Analoperationen nicht die direkte Beeinflussung des Analkanals und der Kontinenzstrukturen sondern die gehäufte Stuhlfrequenz durch Verlust des Rektumreservoirs und des Colon sigmoideum, insbesondere bei gleichzeitiger flüssiger Stuhlkonsistenz dar.

Therapie der postoperativen Kontinenzstörung

Eine Minderung der Kontinenzleistung stellt somit die wichtigste Komplikation nach Analeingriffen dar. Neben vorübergehenden Einschränkungen in der perioperativen Phase, können noch Jahre nach dem Eingriff Kontinenzstörungen auftreten, die oft aus einer Summierung von Schließmuskelläsionen und natürlichen Alterungsvorgängen resultieren. Bekannte und oft auch unbekannte Vorschäden am komplexen Kontinenzsystem spielen bei der Entstehung von postoperativen Kontinenzstörungen eine wichtige Rolle und müssen im therapeutischen Konzept berücksichtigt werden.

Ein Problem stellt die Tatsache dar, dass nicht immer eine Beziehung zwischen Defekt und Kontinenzstörung besteht. Nicht wenige Patienten mit auch ausgedehnten Defekten spüren keine subjektive Beeinträchtigung, während andere Patienten mit minimalen Störungen stark in ihrem täglichen Leben beeinträchtigt sind. Das entscheidende Problem stellt die unterschiedliche Definition des Begriffes „Inkontinenz“ dar. Eine einheitliche Definition und Bewertung des Begriffes „Stuhlinkontinenz“ fehlt derzeit. Am häufigsten findet sich die Einteilung nach Parks in Inkontinenz für Luft, flüssigen und festen Stuhl, die zwar sehr einfach ist, jedoch die Komplexität der Kontinenzstörung nur unzureichend abbildet. Die Einteilung der Inkontinenz anhand eines speziellen Scores scheitert häufig an der klinischen Praktikabilität der z. T. sehr umfangreichen Erhebungspunkte aber auch an der Vielzahl unterschiedlicher publizierter Scores. Die Behandlung muss sich immer an der subjektiven Beeinträchtigung des Patienten orientieren! Eine rein prophylaktische Behandlung ist nicht erforderlich.

Im Vordergrund der Therapie stehen dabei zunächst konservative Maßnahmen. Neben der Stuhlgangsregulation mit Flohsamen, Loperamid o. ä., die ein wesentlicher Bestandteil jedweder Therapie bei Inkontinenz darstellt, stellen Elektrostimulation und Biofeedbacktherapie primäre Behandlungsoptionen dar. Wichtig erscheint auch der Hinweis, dass Loperamid bei Patienten mit weichem Stuhlgang auch über viele Monate, mitunter auch Jahre, angewendet werden kann, ohne dass gravierende Nebeneffekte zu verzeichnen sind. Damit kann insbesondere passager, z. B. für eine Reise, Theaterbesuch o. ä., eine „Kontinenzsituation“ erreicht werden, die für das soziale Funktionieren in der Gesellschaft entscheidend sein kann, zumal bekannt ist, dass die Lebensqualität bei analer Inkontinenz erheblich beeinträchtigt sein kann.

Operative Therapieoptionen zielen in der Regel auf eine Wiederherstellung der Integrität der Sphinkteren. Die Rekonstruktion des Schließmuskels ergibt zum Teil gute Kurzzeitergebnisse mit einer primären Rate an komplett kontinenten Patienten von 79 %. Im Langzeitverlauf zeigte sich jedoch eine deutliche Reduktion der anfänglich guten Ergebnisse mit im Schnitt 40–50 % Kontinenz verbesserten Patienten, so dass insbesondere die Langzeitergebnisse der Schließmuskelrekonstruktion eher als relativ einzustufen sind.

Eine Alternative bei ausgeprägter Inkontinenz und frustranter konservativer Therapie stellt die Sakralnervenmodulation (SNM) dar. Die Korrektur von Anodermdefekten und Narbenbildungen mit Stuhlschmierer stellt ein weit größeres Problem dar. Die Ergebnisse operativer Maßnahmen sind hier sehr limitiert.

Unter Berücksichtigung dieser Ergebnisse stellen sich die Therapieoptionen bei postoperativen Kontinenzstörung als eingeschränkt dar. Insbesondere bei milden Störungen (Stuhlschmierer, Dranginkontinenz), die sehr wohl zu einer deutlichen Beeinträchtigung der Lebensqualität führen können, sind die konservativen Maßnahmen (Elektrotherapie, Biofeedback) für den Patienten mit einem hohen Zeitaufwand verbunden. Operative Maßnahmen können nur

bei einem Teil der Patienten eine zufrieden stellende Kontinenz erzielen.

Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Die postoperative Minderung der Kontinenzleistung stellt ein relevantes Problem dar. Da Eingriffe wegen Analfissuren oder eines Hämorrhoidal Leidens primär auf eine symptomatische Behandlung abzielen, sollte die Therapie mit größtmöglicher Schonung des Schließmuskelapparates und des sensiblen Anodermes verbunden sein. Bei der Analfistel ist eine Durchtrennung von Schließmuskelanteilen nicht grundsätzlich zu vermeiden, sollte jedoch auf ein Minimum begrenzt werden. So weit möglich sollten kontinenzschonende Verfahren bei Analfisteln zur Anwendung kommen. Sphinkterläsionen nach Analeingriffen sind zwar häufig, führen jedoch nur selten zu einer klinisch relevanten Kontinenzstörung. Demzufolge variiert die Angabe über Kontinenzstörungen sehr breit, da neben der Art des Eingriffes mit daraus resultierenden Störungen auch Vorschäden, der zeitliche Ablauf und insbesondere das subjektive Empfinden des Patienten eine wichtige Rolle spielen.

Bei der Behandlung colorektaler Tumoren steht die onkologische Heilung im Vordergrund. Die Technik der coloanalen Anastomose erlaubt heutzutage die kontinenserhaltende Behandlung auch bei tief sitzenden Tumoren, soweit keine Beteiligung des Schließmuskels vorliegt. Durch neuere technische Hilfsmittel und OP-Verfahren (Zirkulärstapler, Pouchinterposition) können Kontinenzeinbußen in der Regel zwar gering gehalten, aber nicht in allen Fällen ausgeschlossen werden, so dass bei sehr tiefen Tumoren die Anlage eines künstlichen Darmausganges nicht unbedingt die schlechtere Alternative darstellen muss.

*Dr. Andreas Ommer
End- und Dickdarm-Zentrum Essen
Kompetenzzentrum für Koloproktologie
Rüttenscheiderstrasse 66
45130 Essen
Tel.: 0201 – 797977
Fax.: 0201 – 43871755
E-Mail: aommer@online.de*

Die sakrale Nervenstimulation zur Therapie der Stuhlinkontinenz

Die Stuhlinkontinenz und die Harninkontinenz sind für viele Betroffene ein Tabuthema, das sie schamhaft verschweigen. Häufig ist der komplette Alltag von der Frage bestimmt, ob gerade eine Toilette in der Nähe ist und der Leidensdruck entsprechend. Mittlerweile leiden über 1 Million Menschen in Deutschland an dem Problem den Stuhlgang beziehungsweise die Blase nicht mehr kontrollieren zu können. Mit zunehmender Lebenserwartung wird die Anzahl an betroffenen Patienten weiter steigen.

Bei einer überwiegenden Zahl der Betroffenen kann bereits durch eine konservative Therapie eine deutliche Linderung der Beschwerdesymptomatik erzielt werden. Hier sind z. B. stuhlregulatorische Maßnahmen (Ernährungsberatung, darmmotilitätshemmende Medikamente), Beckenbodengymnastik, Bio-Feedback-Therapie, Irrigationstherapie und Hilfsmittel wie Analtampons und div. Hygieneartikel zu nennen. Versagen jedoch die konservativen Therapiemöglichkeiten, besteht die Möglichkeit durch operative Maßnahmen die Kontinenz zu verbessern. Hier stehen operative Eingriffe wie die Schließmuskelrekonstruktion bei Defekten, die Implantation eines künstlichen Analsphinkters und verschiedene zum Teil sehr aufwändige und komplikationsträchtige Eingriffe zur Verfügung. Bei Versagen der konservativen und operativen Therapie ist unter Umständen auch eine Stomaanlage erforderlich.

Sakrale Nervenstimulation

In den letzten 15 Jahren hat mit der sakralen Nervenstimulation zunehmend eine wenig invasive und komplikationsarme Methode Einzug in die Behandlung der Stuhlinkontinenz gefunden, die zunächst in der Urologie bei der Therapie der überreaktiven Blase eingesetzt wurde.

Die Nervenwurzeln S2-S4 führen autonome Nervenfasern zum Darm und

zum Rektum sowie zu den inneren Schließmuskeln. Ebenso werden sensorische Afferenzen vom inneren und äußeren Schließmuskel und vom Beckenboden zurückgesendet. Mit der Stimulation des S3 Segmentes wird somit die natürliche Innervation nachgeahmt bzw. unterstützt. Daher wird die sakrale Nervenstimulation auch sakrale Neuromodulation genannt.

Im Rahmen der urologischen Anwendung der Methode zeigte sich ein begleitender positiver Effekt auf den Beckenboden und den Analsphinkterapparat, so dass eine Ausweitung der Indikation auf die Stuhlinkontinenz erfolgte.

Zunächst war die Anwendung der Methode auf Patienten mit verminderter Willküraktivität des Sphinkterapparates limitiert. Im Laufe der letzten Jahre wurde die Indikation dann auch auf Patienten mit neurologischen Erkrankungen und morphologischen Läsionen des Schließmuskelapparates ausgeweitet.

Indikationen für eine sakrale Nervenstimulation sind die idiopathische Stuhlinkontinenz, die Stuhlinkontinenz nach Eingriffen am kleinen Becken wie zum Beispiel die Rektumresektion bei malignen und benignen Erkrankungen, die Stuhlinkontinenz bei Sphinkterdefekten nach geburts-traumatischen Verletzungen oder nach Fisteloperationen, die kombinierte Stuhl- und

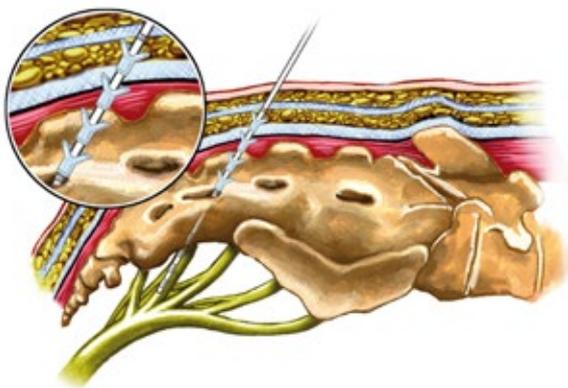
Urininkontinenz und die neurologisch bedingte Stuhlinkontinenz wie zum Beispiel bei Multipler Sklerose, Diabetischer Neuropathie oder dem Cauda-Equina-Syndrom. Des Weiteren lassen sich die chronische Obstipation und der chronische Beckenbodenschmerz durch die sakrale Nervenmodulation behandeln, da sich gezeigt hat, dass auch diese Krankheitsbilder durch die Stimulation der Sakralnerven günstig beeinflusst werden können.

Inzwischen sind weltweit mit dieser Methode weit über 100.000 Patienten behandelt worden.

Durchführung der Sakralen Nervenmodulation

Die sakrale Nervenmodulation wird im Rahmen eines stationären Aufenthaltes durchgeführt. In der Regel erfolgt der Eingriff in Intubationsnarkose. Hierbei sollte auf das Unterbleiben einer Relaxierung mit depolarisierenden Muskelrelaxantien geachtet werden. Eine Durchführung der Operation in Lokalanästhesie ist prinzipiell möglich, wird aber für den Patienten in Bauchlage mit mehrfach erforderlichen Punktionen und ca. einstündiger Operationsdauer als eher unkomfortabel empfunden.

Der Patient wird in Bauchlage gelagert. Nach Hautdesinfektion, sterilem Abdecken und Single-Shot-Antibiose wird idealerweise das Sakralforamen S3 punktiert. Die korrekte Lage wird



Bei guter Stimulationsantwort gibt es dann 2 Vorgehensweisen, wie die Testphase technisch gestaltet wird.

einerseits durch Röntgen- Durchleuchtungskontrolle, andererseits durch externe Stimulation der Punktionsnadel eruiert. Der Anus sowie die Füße müssen intraoperativ für den Operateur sichtbar sein, um zum einen die direkte Stimulationsantwort am Anus durch Muskelkontraktion zu sehen, zum anderen können Fehlpositionen bei sichtbarer Plantarflexion oder Extension der Füße korrigiert werden.

Möglichkeit 1: es wird eine cutan ausgeleitete Drahtelektrode eingelegt, die einfach mit Hydrokolloidverband fixiert wird und dann am Ende der Testphase einfach gezogen werden kann. Es muss dann bei positiver Testphase im nächsten Eingriff die endgültige Tine-Lead-Elektrode in Narkose implantiert werden. Der Vorteil dieser Methode ist, dass bei nicht zufriedenstellendem Ergebnis die Elektrode einfach ohne Narkose gezogen

werden kann. Nachteilig ist, dass die dünnen, nur durch Klebeverband fixierten Elektroden verrutschen können und somit das Ergebnis nicht repräsentativ ist.

Möglichkeit 2: Die so genannte Tine-Lead-Elektrode wird dauerhaft implantiert und zunächst zur passageren externen Stimulation cutan ausgeleitet. Der ca. 22 g schwere und 2x2 cm große externe Stimulator wird dann wie bei Möglichkeit 1 mit der Elektrode verbunden und mit einem Gürtel getragen. Nachteil der Implantation der endgültigen Elektrode ist, dass sie bei negativer Testphase operativ entfernt werden muss.

Es schließt sich dann nach Einlegen der Elektroden die ca. zweiwöchige Probestimulationsphase an. Der Patient führt dann in dieser Zeit unter Alltagsbedingungen ein Stuhltagebuch und soll beobachten und dokumentieren, wie sich sein Kontinenz- und Stuhl-gangsverhalten unter der Stimulation ändert. Während dieser Phase kann der Arzt die Stromintensität und die Programmierung des Stimulators ändern, um schlussendlich eine optimale Funktion des Systems zu erreichen.

Der pflegerische Aufwand während dieser Testphase ist gering. Die kleinen Operationswunden sollten regelmäßig ärztlich kontrolliert werden und es sollten

regelmäßige Verbandswechsel stattfinden. Bei Verwendung der Drahtelektroden wird für die Dauer der Testphase ein breitflächiger Hydrokolloidverband angelegt. Der Patient wird in dieser Zeit angehalten die Wunden sowie das gesamte Stimulationssystem trocken zu halten.

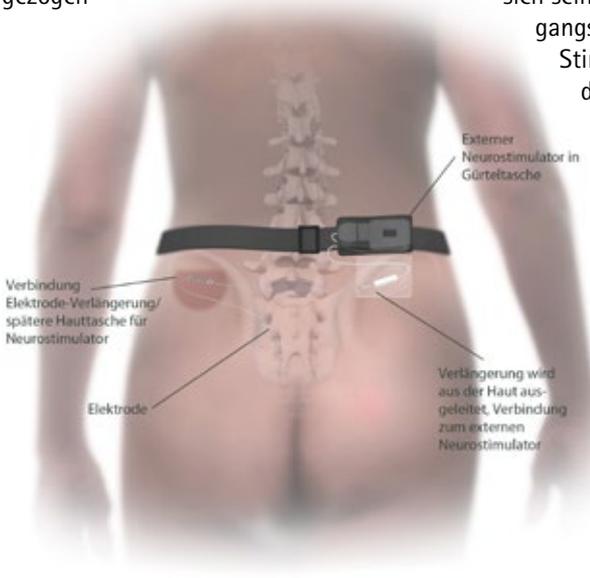
Nach Abschluss der Testphase wird dann die cutan ausgeleitete Elektrode nach Desinfektion auf Hautniveau gekappt.

Der Erfolg der Stimulationstherapie kann mit einem Stuhltagebuch objektiviert werden. Der Patient geht hier vor und nach der Testphase täglich eine kurze Checkliste mit Fragen zur Inkontinenzsymptomatik durch. Die Implantation des definitiven Stimulatorsystems ist indiziert, wenn sich eine mindestens 50 %ige Symptomlinderung einstellt. Dieser Eingriff wird ebenfalls unter stationären Bedingungen durchgeführt.

Der Stimulator wird über einen Hautschnitt am Rücken unterhalb des Beckenkamms im Subkutangewebe implantiert. Das gesamte System liegt im subcutanen Fettgewebe, es sind lediglich kleine Narben im Gesäßbereich sichtbar.



Dem Patienten wird umfangreiches Informationsmaterial zu dem Stimulator und ein Gerätepass ausgehändigt und er



Tag	1	2	3	4	5	6	7
kontrollierbarer Stuhlabgänge (kein unkontrollierter Stuhlverlust; Vorlage oder Unterwäsche blieb sauber)							
heute Stuhlabgang?	5x	4x	4x	4x	3x	5x	4x
ist sich beeilen, um rechtzeitig die Toilette zu erreichen?	5x	4x	4x	2x	3x	5x	4x
unkontrollierter Stuhlabgänge (Vorlage und/oder Unterwäsche verschmutzt)							
unkontrollierten Stuhlabgang, weil Sie den Abgang verzögern konnten?	5x	4x	4x	7x	3x	5x	4x
unkontrolliert abgegangen, ohne dass Sie es spürten?	5x	4x	4x	7x	3x	5x	4x
Unterwäsche oder Stuhlschmierer							
ist die und/oder Vorlage(n) heute verschmutzt?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						
Vorlagen, Einlauf und Zäpfchen							
ist Ihrer Stuhlinkontinenz Vorlagen benutzt?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						
Einläufe oder Zäpfchen zur Stuhlentleerung genutzt?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						
der normalen Alltagstätigkeit							
ist Inkontinenz heute daran gehindert, normale Alltagstätigkeiten (z.B. Verlassen der Wohnung oder Einkäufen)?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						
Stuhlfestigkeit							
heute überwiegend? (ankreuzen)	<input type="checkbox"/> fest <input checked="" type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> flüssig	<input type="checkbox"/> fest <input checked="" type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> flüssig	<input type="checkbox"/> fest <input checked="" type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> flüssig	<input type="checkbox"/> fest <input checked="" type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> flüssig	<input type="checkbox"/> fest <input checked="" type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> flüssig	<input type="checkbox"/> fest <input checked="" type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> flüssig	<input type="checkbox"/> fest <input checked="" type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> flüssig

Tag	1	2	3	4	5	6	7
kontrollierbarer Stuhlabgänge (kein unkontrollierter Stuhlverlust; Vorlage oder Unterwäsche blieb sauber)							
heute Stuhlabgang?	2x	2x	3x	2x	5x	4x	4x
ist sich beeilen, um rechtzeitig die Toilette zu erreichen?	/	/	3x	/	2x	/	/
unkontrollierter Stuhlabgänge (Vorlage und/oder Unterwäsche verschmutzt)							
unkontrollierten Stuhlabgang, weil Sie den Abgang verzögern konnten?	/	/	/	/	/	/	/
unkontrolliert abgegangen, ohne dass Sie es spürten?	/	/	/	/	/	/	/
Unterwäsche oder Stuhlschmierer							
ist die und/oder Vorlage(n) heute verschmutzt?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						
Vorlagen, Einlauf und Zäpfchen							
ist Ihrer Stuhlinkontinenz Vorlagen benutzt?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						
Einläufe oder Zäpfchen zur Stuhlentleerung genutzt?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						
der normalen Alltagstätigkeit							
ist Inkontinenz heute daran gehindert, normale Alltagstätigkeiten (z.B. Verlassen der Wohnung oder Einkäufen)?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						
Stuhlfestigkeit							
heute überwiegend? (ankreuzen)	<input type="checkbox"/> fest <input checked="" type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> flüssig	<input type="checkbox"/> fest <input checked="" type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> flüssig	<input type="checkbox"/> fest <input checked="" type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> flüssig	<input type="checkbox"/> fest <input checked="" type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> flüssig	<input type="checkbox"/> fest <input checked="" type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> flüssig	<input type="checkbox"/> fest <input checked="" type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> flüssig	<input type="checkbox"/> fest <input checked="" type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> flüssig

Stuhltagebuch oben: vor Stimulation

unten: während Stimulation

erhält ein externes Steuerungsgerät, mit dem einerseits der behandelnde Arzt die Stimulation variabel einstellen kann, andererseits der Stimulator im Notfall abgestellt werden kann.

In den ersten Wochen nach der Implantation sollten Aktivitäten wie schweres Heben und Drehungen vermieden werden, um ein Verrutschen der Elektrode oder eine Beschädigung des Stimulators zu vermeiden.

Komplikationen treten im Rahmen der sakralen Nervenmodulation nur sehr selten auf. Es kann in seltenen Fällen zu Infekten kommen, die die Entfernung des Systems zur Folge haben. Gelegentlich können Mißempfindungen auftreten, die häufig durch eine Umprogrammierung des Stimulators beseitigt werden können. In sehr seltenen Fällen kann es durch Gewalt von aussen (z. B. Tritte beim Kampfsport, Stürze) zu Elektrodenbrüchen oder Fehlfunktionen des Stimulators kommen. Hier sind dann Revisionseingriffe erforderlich um die regelrechte Funktion wieder zu gewährleisten.

Nach Abheilung der OP-Wunden und bei regelrecht funktionierendem Stimulatorsystem können in Absprache mit dem

behandelnden Arzt die Alltagstätigkeiten wieder aufgenommen werden und der Patient kann zu seinem gewohnten Lebensstil zurückkehren. Risikosportarten wie z. B. Kampfsport und Fallschirmspringen sollten unterlassen werden.

Die Schrittmacheraggregate halten in der Regel je nach Stimulationsstärke 5-7 Jahre. Hier muss dann im Rahmen eines kleinen Eingriffes lediglich der Stimulator gewechselt werden. Die implantierte und eingewachsene Elektrode kann in der Regel verbleiben und weiter genutzt werden.

Eine Kontraindikation für die Sakrale Nervenstimulation besteht für Patienten, bei denen regelmäßig eine Kernspintomographie (MRT) durchgeführt werden muss. Hier darf laut Hersteller des Systems lediglich ein Schädel-MRT durchgeführt werden.

In nächster Zukunft sollen jedoch MRT-gängige Elektroden und Stimulatoren auf den Markt kommen. Weitere Kontraindikationen sind Infektionen im Sakralbereich (z. B. Sinus pilonidalis oder Dekubitus), Schwangerschaft, Vorhandensein eines Defibrillators (ICD) und mangelnde Compliance des Patienten.

Zusammenfassung

Die Sakrale Nervenmodulation ist ein wenig invasives und komplikationsarmes Verfahren zur Behandlung der Stuhlinkontinenz. Entscheidend für die Therapie ist die positive Testung mit einer mindestens 50 prozentigen Symptomverbesserung. Die Langzeiterfolgsraten sind bei positiver Testung mit 80% sehr hoch.



Dr. Matthias Kemmerling
Arzt für Chirurgie, Viszeralchirurgie,
Proktologie
End- und Dickdarmzentrum Münster
Warendorfer Str. 185
48145 Münster
www.edp-muenster.de

Literatur

- Gaßmann P, Gohrbandt AE Fecal incontinence coloproctology (2017) 39:353
- Matzel KE, Bittorf B, Sakralnervenstimulation in der Koloproktologie coloproctology (2015) 37:17-25
- Kahlke V, Fürst A, Leder D et al., Sacral nerve stimulation as a therapy for fecal incontinence coloproctology (2016) 38:8-21
- Gingert C, Hetzer FH, Stuhlinkontinenz coloproctology (2014) 36:125-137

Dr. Kemmerling führt die sakrale Nervenstimulation seit nunmehr 10 Jahren mit sehr gutem Erfolg durch. Zusammen mit seinen Kollegen Dr. Dirk Tübergen und Dr. Mirko Pisek leitet er seit 2007 das End- und Dickdarmzentrum Münster. Die Praxis ist auf alle Krankheitsbilder der konservativen und operativen Koloproktologie sowohl ambulant als auch stationär spezialisiert. Proktochirurgische Eingriffe wie die sakrale Nervenstimulation führen die Doktores im Herz-Jesu-Krankenhaus Münster-Hiltrup durch. Das End- und Dickdarmzentrum ist als ärztliche Beratungsstelle der Deutschen Kontinenz Gesellschaft zertifiziert.

Bild: Enddarmzentrum Münster; Dr. Matthias Kemmerling

Die GHD GesundHeits GmbH Deutschland

Ihr Partner für Dienstleistungen im Gesundheitswesen

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

Unsere Therapiebereiche auf einen Blick



Stoma

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



Inkontinenz

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



Wunde

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

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

 www.gesundheitsgmbh.de
 facebook.com/GHDGesundHeitsGmbH
 twitter.com/GesundHeitsGmbH
 youtube.com/GHDGesundHeitsGmbH
 instagram.com/ghd_gesundheits_gmbh


GHD GesundHeits
GmbH Deutschland

Das Tanzberger Konzept® zur aktiven Kontinenzsicherung

Gesetzmäßigkeiten - Analysen - Therapie

Dieser Beitrag beschreibt den bewegungstherapeutischen Teil meines Konzepts. Es geht hierbei um physiologische Trainingsreize der Kraft- und Leistungssteigerung im Beckenboden-Training. Genauer gesagt - im Beckenboden-Sphinkter-Training.

In jahrzehntelanger praktischer Arbeit mit Patientinnen und Patienten entwickelt, basiert die physiotherapeutische Vorgehensweise auf den Erfahrungen aus der Wahrnehmungs- und Bewegungsschulung. Ausschlaggebend waren u. a. die Körpertherapien der Eutonie, Atemlehre, Funktionellen Entspannung (M. Fuchs) sowie der Konzentrativen Bewegungstherapie. Unterschiedliche Aspekte aus diesen Bereichen beeinflussen die Arbeitsweisen dieses Konzeptes. So ließ sich die diffizile Aufgabe, in unsichtbaren Beckenboden-Sphinktermuskeln konkrete Bewegung zu inszenieren und zu erleben, realisieren.

Richtungsweisend für das Kontinenz-Training im Tanzberger-Konzept sind die gesunden (physiologischen) Vorgänge von Speicherung und Entleerung. Sie sind Orientierung und ideenbildend für die präventiven und kurativen Angebote zur Reaktivierung bei labiler Kontinenzfähigkeit von Blase und Enddarm

Hauptmerkmal des Konzepts ist sein systemischer Ansatz, der wegweisend extrinsische (von außen wirksame) und intrinsische (von innen wirksame) bewegungsphysikalische Gesetzmäßigkeiten einsetzt. Beide machen den Stellenwert der bewegungstherapeutischen Rehabilitation aus. Die Darstellung der Übungsaspekte in

diesem Text ist auf den reaktionsarmen Beckenboden und seine inkompetente Schließmuskulatur ausgerichtet, deren Funktionsverluste zur Belastungsinkontinenz führen.

Physiotherapie bei Drangsymptomatik, Dranginkontinenz und Mischinkontinenz -Inhalte des Gesamtkonzepts - werden hier nicht erörtert. Stichworte befinden sich im Anhang unter „Charakteristika des Konzepts“.

Extrinsische und intrinsische Reaktivierungen des Kontinenz-Systems

Die extrinsischen Elemente

Jeder instruierte Bewegungsablauf ist ein extrinsisch (s.o.) angeregter Vorgang. Therapeutische Übungen aus der Funktionellen Bewegungslehre (FBL - Dr. h.c. Susanne Klein-Vogelbach) werden „therapeutisch“ genannt, weil sie spezifische Elemente des normalen menschlichen Bewegungsverhaltens enthalten und vermitteln, indem sie die natürlichen Reaktionen der defizitären Struktur ansprechen. Neurowissenschaftlich bestätigt, werden nur systemspezifische Bewegungen in das zentrale neuronale Bewegungsmuster re-integriert. Demzufolge sind allein diese von praktischem Nutzen und nachhaltiger Wirkung.

Die Übungsposition und die Art der muskulären Arbeitsweise hängen zusammen. Zum Aufbau der Beckenbodenkraft muss die zu seiner Reaktivierung passende Ausgangsstellung gewählt werden.

Abgesehen von körperbedingten Einschränkungen sollte das Beckenboden-Sphinkter-Training vorwiegend mit dem aufgerichteten, also stehenden oder sitzenden Menschen unter Nutzung des stimulierenden Einflusses der Schwerkraft erfolgen. Die erste Wahl für die unmittelbare, dynamische Reaktivierung der Beckenausgangsmuskeln sind funktionspezifische Abwalz- und federnde Aufprallübungen mit dem widerstandgebenden Beckenboden-Therapieball aus meinem Trainingsprogramm (Bezug Beckenboden-Therapieball inkl. Ballbroschüre: www.koeglvertrieb.de).

Denn: Kraft entsteht nur durch eine Gegenkraft!

Negativbeispiele zur Übungsposition Rückenlage

Analyse und Kritik

- In der Rückenlage wird der muskuläre Beckenboden durch die Positionsveränderung im Raum seiner Bodenfunktion enthoben.
- In liegender Ausgangsstellung ist das knöcherne Kreuzbein der Boden des Beckens.
- Der aktivierende Mitspieler Schwerkraft wird ausgeschaltet, was sich sogleich verringern auf Tonus und Funktionen auswirkt.
- Der spannungsarme Beckenboden hängt wie ein schlaffes Segel senkrecht zwischen Schambein und Steißbein; somit ist er nur unzureichend arbeitsbereit.

So erklärt es sich, dass selbst Menschen mit intakter Beckenboden-Sphinkter-

Muskulatur im Liegen bei anhaltenden Husten- oder Niesattacken Urin oder Luft verlieren können. Ein solcher Verlust besitzt keinen Krankheitswert, denn im Zustand der hypotonen Hängeaktivität reichen die verringerten Beckenboden- und Schließmuskelkräfte und damit deren Reaktionsfähigkeit nicht immer aus, um kontinent bleiben zu können.

Für die Rehabilitation des Beckenbodens und seiner Verschlüsse leitet sich unschwer ab, dass eine liegende Übungsausgangsstellung nicht nur ineffektiv ist, sondern in Verbindung mit unfunktionellen Übungsangeboten darüber hinaus sogar schädlich für die Strukturen und ihre Funktionen sein kann.

Führt man beispielsweise, wie leider nur allzu oft propagiert und angeboten, ein unfunktionelles Bauchmuskeltraining durch – gemeint sind in diesem Beispiel die sog. „Sit-ups“ & Co. –, in dem Kopf, Arme und Schultergürtel in Rückenlage als Gewichte vom Boden abgehoben und gehalten werden müssen, so entstehen innerhalb des Bauch- und Beckenraums signifikante Schubkräfte in Richtung des Beckenbodens. Verstärkt werden diese zumeist durch ein Luftanhalten und Atempressen. Auf diese Weise wird die Gefahr der Senkung (Deszensus) des inneren Genitales und damit der Inkontinenz erheblich erhöht. Der gängige und sehr zutreffende Begriff für derartige Übungsangebote ist der der „Erkrankungsgymnastik“!

Kraft muss in den Stellungen aufgebaut werden, in denen diese Kraft gebraucht wird!

Fazit: So ist verständlich, dass es keinen Sinn macht, eine bereits geschwächte, reaktionsarme Muskelgruppe, die aktiv gefördert werden soll, töricherweise in einer Position üben zu lassen, in der die Übungsstellung selbst den schon niedrigen Tonus eigengesetzlich noch weiter absenkt.

Wenn trotzdem in der üblichen Beckenboden- Bauchmuskel- Trainingsszene drehtürartig die Rückenlage gewählt wird (s. Internet-Videos), dann ist meines Erachtens dieses Phänomen einem verbreiteten und dennoch unbegreiflichen Mangel an Wissen zur Muskelphysiologie geschuldet, sowie

dem ausgeblendeten Allgemeinwissen über den Einfluss der Schwerkraft auf den menschlichen Körper. Dass sich in liegender Körperposition automatisch die muskuläre Spannkraft verringert, ist eine banale Alltagserfahrung, dient das Liegen doch vor allem der Erholung, dem Schlaf, nicht aber der aktiven Lebensbewältigung. Warum also wird diese normale Erfahrung ausgerechnet im Trainingsbereich so hartnäckig nicht zur Kenntnis genommen?

„Die Dummheit hat wirklich etwas Empörendes“ (Hannah Arendt). Hier anklagend übertragen auf ein unreflektiertes, ineffektives – wenn es nicht gleichzeitig die Selbstheilungskräfte gäbe – folgenloses extrinsisches Beckenboden-Trainingsprogramm, das darüber hinaus demotivierende Enttäuschung und noch dazu Kosten verursacht.

Über das „Beckenboden-Anspannen“

Ein weiterer Kritikpunkt

- Isoliertes Anspannen ist eine mechanistische, unphysiologische Einwirkung auf eine dynamisch arbeitende Muskulatur, die keine neuronale zentrale Integration erzeugt.
- Eine dauerhafte funktionelle Besserung wird nicht angebahnt.
- Gequälte inkontinente Menschen verbleiben in ihrer alltäglichen Misere.
- Am Ende eines unzulänglichen, konservativen Weges muss dann häufig ein operativer Eingriff helfen.
- Zu bedauern ist, dass jene, für Physiotherapie aufgeschlossenen, Ärzte, die als erste Maßnahme „Beckenbodentraining“ verordnen, frustrierten Patienten begegnen. Gleichfalls bleiben dabei Ansehen, Anerkennung und Wert einer umfassenden und spezialisierten Physiotherapie bei Beckenboden-Sphinkter-Dysfunktion auf der Strecke.

Ein Appell: Aus Verantwortung für eine wirksame Kontinenztherapie, besonders im Hinblick auf den hohen Leidensdruck und die belastende Lebenssituation eines inkontinenten Menschen, sollten Behandler das komplexe Problem der Inkontinenz differenziert verstehen, individuell beurteilen und vermitteln können. Hierzu gehören relevante Kenntnisse zur funktionellen Anatomie,

zur Arbeitsweise der myofaszialen Funktionsketten, in die das Beckenbodensystem vernetzt eingebettet ist, zur funktionellen Bewegungslehre und Atemlehre sowie ein grundlegendes Wissen zur Physiologie und Pathophysiologie des unteren Harntrakts und Enddarms samt der nervalen Steuerung. Eine Menge Sachverstand ist nötig und auch das reicht noch nicht ganz aus. Denn auf der praktischen, d. h. der Übungsebene sollte die Therapeutin/der Therapeut über eigene kinästhetische Erfahrungen verfügen. Die kinästhetische Spürfähigkeit ist eine wesentliche Voraussetzung zur funktionsgerechten Steuerung der unsichtbaren Beckenboden- und Sphinktermuskeln (s.o.). Der Besitz dieser Fähigkeit ist besonders dann unentbehrlich, wenn diese Sinneserfahrung an andere Menschen vermittelt werden soll.

Bildung aus Verantwortung!

Positivbeispiele eines extrinsisch rhythmisierten Sphinkter-Trainings

(Sphinkter = Schnürer = Schließmuskel)

Die funktionspezifisch zuständige Bewegungsinstruktion lautet: „schnüren“ – nicht „anspannen“ wie oft verlangt wird. Denn:

- Schnüren verläuft auf einer Wegstrecke.
- Diese enthält anwachsende Arbeitsempfindungen in der fokussierten und angesprochenen Muskulatur.
- Sphinkter-Schnürung ist ein alltäglich endogen stimulierter, unbewusster Ablauf, der während der Füllungsphasen von Harnblase oder Enddarm dynamisch den Spannungsgrad in den Schließmuskeln erhöht und zur Entleerung wieder abbaut.
- Der Schnürvorgang kann bewusst mithilfe der physiologischen (nicht der bewusst gemachten!) Atemphasen rhythmisch gesteuert und widerständig verstärkt werden, wobei die stenosierte Ausatmung auf dem Hemmlaut „CH“ (wie bei einem ichhh) den angestrebten Widerstand erzeugt.
- ausatmend – zuschnürend verengend,
- einatmend – Schnürung lösend.
- Dieser willentlich, im Eigenrhythmus der Atmung begleitete Spannungswechsel entspricht der Muskelphysiologie und unterstützt die funktionelle, anpassungsfähige Sphinkter-Kompetenz!

Rhythmus ist der Schlüsselbegriff im systemischen Kontinenz Training

Rhythmus ist das Grundmuster lebendiger, dynamischer Anpassung. Rhythmen sind wirkungsvolle, wohltuende Aufeinanderfolgen von Schwingungen. Alle Funktionen des Menschen unterliegen einem Rhythmus als Adaptation auf biologische Einflüsse und funktionelle Forderungen des Organismus (Atemrhythmus Herzrhythmus, elastischer Puls, Wach- und Schlafrythmus usw.).

Negativbeispiele eines extrinsisch getakteten Beckenbodensphinkter-Trainings

Im schärfsten Gegensatz zur natürlichen, rhythmischen, extrinsisch schnürenden Arbeitsweise stehen die getaktet instruierten, lokalen Anspannungen des Beckenbodens bzw. des Sphinkters.

Worin besteht der Gegensatz?

- Es fehlen die rhythmisch stimulierenden, widerständigen Ausatembewegungen und die synchronen muskulären Mitbewegungen der gesamten Bauchkapsel, die zu einer wirksamen Stimulierung gehören.
- Übende nehmen allenfalls einen ungenauen Muskeldruck im angesteuerten Gebiet wahr, aber keinen Bewegungsablauf.
- Aufträge wie „Anspannen“ – „Kneifen“ – „Zuzwicken“ oder der sog. „Knack“, aus der englischen Physiotherapie, enthalten so gut wie keinen Bewegungsweg.

Die therapeutische Forderung jedoch ist, durch **Bewegung** Muskeltonus aufzubauen, um elastische Kraft zu generieren. Mit einem isolierten Druckaufbau lassen sich weder muskuläre Defizite minimieren noch Kraft generieren. Die Therapie wird zur Symbolbehandlung.

Ein paar kritische „Takte“ mehr dazu:

- Im Sekundentakt wird lokal isoliert angespannt und entspannt,
- gleichzeitig wird das Gehirn beauftragt die Wiederholungen zu zählen (Bsp. 5 sec. Anspannen – 5 sec. Entspannen usw.; im Ganzen meist 6 Wiederholungen),

- Erhöhungen der Frequenzen bis auf jeweils 10 sec. steigern den Druckaufbau im Gewebe (bei älteren Menschen evtl. auch noch den Blutdruck).
- Das Fokussieren auf den Zahlenablauf verhindert die Entwicklung des Wahrnehmens und Erspürens der Beckenboden-Sphinkter-Bewegung. Eben diese sind aber die wesentliche Voraussetzung für die Fähigkeit zur willentlich aktivierenden Bewegungssteuerung!
- So verdeckt Kopfarbeit Körpererfahrung. Das kinästhetische Versäumnis verhindert die Aussicht auf einen möglichen Übungserfolg.

Wegen der unterentwickelten Spürfähigkeit meist aller Beteiligten und des unergiebigsten, monotonen Übens, kommt als nächstes Angebot die invasive, apparative, elektrotherapeutische Intervention (Biofeedback, Elektrostimulation) per Vaginal- oder Analelektroden bzw. per Klebelektroden zur Anwendung. Ab diesem Zeitpunkt wird dem Apparat mehr zugetraut, obwohl durch Studien belegt, die elektrisch evozierten Anspannungen nur für einen kurzfristigen lokalen, nicht für einen nachhaltigen Kraftzuwachs stehen.

Fazit: Getaktete Bewegungsaufträge erzeugen in der Bewegungstherapie destruktive Dynamiken, die einen fehlgespannten (dystonischen) Muskel entstehen lassen. Im schlimmsten Falle verliert die Muskulatur ihren Etonus, d. h. ihre gesunde Reaktionsfähigkeit, auf die sie zur Kontinenzsicherung angewiesen ist (z. B. bei spontanen intraabdominellen Druckerhöhungen, wie dem Husten, Niesen, Lachen, Bücken, Lasten anheben, Rennen).

Getaktetes Spannen und Lösen ist eine kontraproduktive Einflussnahme!

Der intrinsische Faktor

Das intrinsische (s. o.) Beckenbodensphinkter-Training ist der gleichrangige zweite Schwerpunkt des Konzepts, ohne den eine dauerhafte Verbesserung bzw. Wiederherstellung der Kontinenzfähigkeit nicht gelingen kann. Intrinsisches und extrinsisches Kontinenz-Training ergänzen sich gegenseitig, sie gehören in der Kontinenztherapie unbedingt zusammen.

Kaum jemandem ist bekannt, dass die Natur mit dem sog. intrinsischen Faktor ein „inneres Kontinenz-Training“ kreiert hat. Bei gesundem Trink- Speicher- und Entleerungsverhalten verändert sich in muskulärer Anpassung an das steigende bzw. sinkende Füllungsvolumen der Harnblase, der Spannungsgrad in der Verschlussmuskulatur. Bei steigendem Inhalt werden zusätzliche Reservekräfte zur Kontinenzsicherung abgerufen, die das Verschlusssystem selbstreferentiell kräftigen und leistungsfähig erhalten.

Das „innere“ Training: Nach einer Blasenentleerung bauen sich, stimuliert durch den anwachsenden Volumendruck und den Zug der höhersteigenden Blase, wieder adaptive Verschlusskräfte im Sphinkter auf.

Der gesetzmäßige, rhythmische Wechsel von Spannungsauf- und Abbau sorgt fortlaufend für eine gesunde, kontinenzsichernde Leistungsfähigkeit der Verschlussmuskulatur.

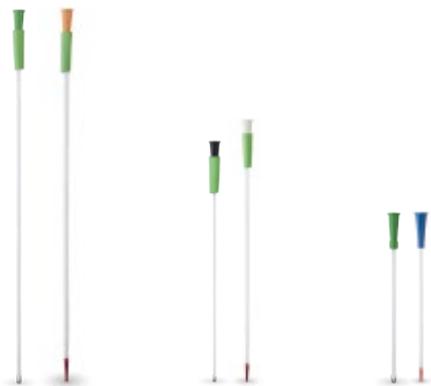
Dieser für jeden Laien sinnvolle, autonome Vorgang zur Kontinenzsicherung wird oft – durch eine weit verbreitete Unwissenheit über die funktionellen Zusammenhänge von Speicherung und Entleerung – durchkreuzt.

Häufige, vorsorgliche Handlungen und Eingriffe in das Trink- und Entleerungsverhalten schwächen die kontinenzsichernden Strukturen nach der Erfahrung: „Use it or lose it“.

Wer schon als Kind angeleitet wurde ohne Harndrangsignal – lediglich aus reiner Vorsorge z. B. wegen längerer Aufenthalte außerhalb des Hauses (z. B. Autofahrten) oder als Vermeidung von fremden, unsauberen Toiletten – seinen Blaseninhalt vorzeitig herzugeben, leidet die möglichen Fehlentwicklungen, nämlich eine kleinkapazitive Blase und eine labile Verschlusskraft ein (s. „Kontinenz-Pflege, ein Leitfaden für Eltern und Erzieher“). Oft sind so die absichtlichen, aus Unwissenheit resultierenden Reduzierungen der Trinkmenge und zu häufige Toilettengänge erste Schritte zur Entwicklung einer unsicheren Kontinenz. Die sich aus Gewohnheit über Jahre drehende Spirale aus ungünstigem Verhalten und sich daraus entwickelnder Labilisierung führt unweigerlich in die Schwächung der



sanabelle Kontinenzversorgung Erleichtert durchs Leben



U510 Einmalkatheter

Maximaler Komfort und optimale Gleitfähigkeit für eine besonders sanfte Anwendung: sanabelle U510 Einmalkatheter erleichtern Menschen mit einer Blasenentleerungsstörung das Leben - und geben ein entscheidendes Stück Selbstbestimmung zurück.

Mehr erfahren Sie unter:
erleichtert-durchs-leben.de



**FRESENIUS
KABI**

caring for life

Kontinenzfähigkeit. Dass die Funktion die Struktur erhält, weiß in unserer sportbegeisterten Fitness-Gesellschaft zwar jeder, überträgt diese Erkenntnis jedoch nicht auf die „sportliche“ Beziehung zwischen Blasen-Inhaltsgewicht (= Hantelgewicht) und Schließmuskel (= zu trainierender Muskel). Vermutlich ist die Schuld dem alten Tabu rund um die vermeintlich anrüchliche Thematisierung von Ausscheidungsvorgängen anzulasten.

Die rehabilitierenden Hilfen sind: Ungünstiges Verhalten dekontingieren und intrinsisch gesundes Verhalten neu erlernen. Der präventive und kurative Trainingsreiz lautet: **Speicherzeit ist Trainingszeit!**

Für die Aneignung der unterschiedlichen Lernangebote aus diesem Konzept brauchen wissensbegierige Interessierte und betroffene Laien Unterstützung. Spezialisierte Therapeuten helfen dabei.

An Physiotherapeuten, die an einer Weiterbildung zum funktionellen Beckenboden-Sphinkter-Training interessiert sind, in Kurzfassung:

Die Charakteristika des Tanzberger-Konzepts®

Zur präventiven wie kurativen Einflussnahme auf das Gesamtsystem können folgende Kenntnisse und Fähigkeiten erworben werden:

1. Die gerichtete Aufmerksamkeit

Form der selektiven Konzentration zur fokussierenden Aufmerksamkeitslenkung und zur Verfeinerung der strukturellen und kinästhetischen Wahrnehmungsfähigkeit.

2. Visuelle Stimulation der Beckenboden-Sphinkter-Muskulatur

Relevante funktionelle Vorstellungsbilder dienen der direkten Stimulation des primären inneren Bewegungsimpulses.

3. Stellvertreter-Gesten

Das Handzeichen als Bedeutungsträger, Verständigungs- und Bewegungshilfe

- zur Übermittlung nonverbaler Informationen: darstellend, begleitend, unterstreichend
- zur Verstärkung der unsichtbaren

Beckenboden-Sphinkter-Bewegungen

- zur Tempo-Regulierung

4. Die stenosierte Ausatemtechnik auf dem Hemmlaut „CH“ stimuliert die Beckenboden-Sphinktermuskulatur physiologisch über Rhythmus und Widerstand, generiert reaktiv myofasziale Spannung und Lösung (Sog und Druck).

Der Sprechatem: Kunstworte mit endständigen, hart-explosiven Konsonanten (P-T-K, z. B. Hopp, Lick) erzeugen, intentional gesprochen, Spannungs- und Reaktionskräfte und dadurch Bewegungseffekte in der Beckenboden-Sphinktermuskulatur

5. Funktionelle Soforthilfe „Hustendreh“ bei plötzlichem abdominellem Druckanstieg

Sofortige, funktionelle Kontinenzhilfe beim Husten

6. Funktionelle Soforthilfe „Niesrück“ bei plötzlichem abdominellem Druckanstieg

Sofortige, funktionelle Kontinenzhilfe beim Niesen

7. Intrinsischer Kontinenz-Faktor

Das intrinsische Beckenboden-Sphinkter-Training nutzt körpereigene, System immanente Kontinenz-Mechanismen zur Revitalisierung der endogenen Funktion mithilfe des endogenen Reizes. Konditionieren/Wiederlernen des funktionsgerechten Verhaltens bei Speicher- und Entleerungsvorgängen von Blase und Darm.

De-Konditionieren/Verlernen unphysiologischer Kompensationen im Speicher- und Entleerungsverhalten von Harn und Stuhl.

8. Aufschubstrategien

Kurzfristige mentale und neuromuskuläre Abschalt-Strategien zur kontinenten Bewältigung unzeitigen, überstarken Harn- bzw. Stuhldrangs bis zum Erreichen des geeigneten Ortes zur Entleerung.

9. Extrinsischer Kontinenz-Faktor

Extrinsisches Beckenboden-Sphinkter-training: Von außen gesetzter Trainings-

einfluss auf die Kontinenz. Zugang über funktionsspezifische Therapeutische Übungen.

10. Training der Sphinkter-Funktionen (Schnürfunktion)

Funktionstypische, zuschnürende und lösende Übungsbewegungen der urethralen und analen Ringmuskulatur.

11. Training der Beckenboden-Kraft durch Widerstand

Bsp.: Abwalz-Übungsbewegungen der Sitzknochen gegen den prallen, Widerstand gebenden Beckenboden-Therapieball.

12. Training der Beckenboden-Gurttfunktion

Funktionstypische Kontraktionsbewegung der Mm. pubococcygei et puborectalis gegen kraftgebende Widerstände (z. B. Beckenboden-Therapieball, Fußboden, Bewegungs-Begrenzungen).

13. Training der Beckenboden-Trampolinfunktion

Funktionstypische, rhythmische Kontraktion und Dehnung des Diaphragma pelvis mithilfe repetierender, federnder Wipp-Übungen auf dem Beckenboden-Therapieball.

14. Training der Beckenboden-Faszien mit dem Katapulteffekt

Aufprallübungen auf dem Beckenboden-Therapieball zur Erzeugung katapultartiger, kinetischer Energie: Reaktions-schnelle Zunahme, Speicherung und Abgabe faszialer Spannungsenergie im Arcus tendineus levatoris ani, im Ligamentum anococcygeum und in allen Faszien des Diaphragma pelvis.

15. Förderung der Faszien-Gesundheit nach vaginaler Geburt und Kaiserschnitt

Digitale Narbenpflege; rhythmisch lösende Bewegungselemente, z. B. aus dem Orientalischen Tanz; Therapeutische Übungen zur Mobilisierung und Dehnung faszialer Narbenverklebungen.

16. Komplementäre Maßnahmen

Seit Bestehen des Tanzberger-Konzepts® ergänzen Angebote zur struktur- und funktionsschonenden Alltagsanierung (ADLs), verschiedene balneologische Maßnahmen zur Durchblutungs- und Trophik(re-)

aktivierung und Reflexzonentherapien die präventiven und kurativen Konzept-Angebote.

Zum Abschluss sei noch auf einen manchmal geäußerten Zweifel zur Evidenz, bzw. zur Gewissheit über die Treffsicherheit, der in diesem Konzept angebotenen Beckenboden-Sphinkter-Aktivierungen, eingegangen. Wie zuvor postuliert, ist im unsichtbaren Beckenbodengebiet eine bewusst und kontrolliert geführte, zielgenaue Bewegungssteuerung schwierig, da sie weitgehend von einer sensiblen Wahrnehmungsfähigkeit abhängt. In der heutigen Zeit begegnen Therapeuten und Kursleiter allerdings eher Menschen mit einem kaum entwickelten Körperbewusstsein. Und dieses läßt sich nicht im Handumdrehen erwerben. Dass trotzdem das angestrebte Ziel in der von Krankenkassen vorgegebenen Zeit meistens erreicht werden kann - nämlich Beckenboden-Sphinkter-Kontraktionen bewusst zu inszenieren - ist meiner Erfahrung nach der Funktionellen Bewegungslehre (FBL) zu verdanken. Deren Maxime für therapeutisches Üben lauten:

1. Das (Übungs-)Material muss herausfordern!

Bezogen auf das Beckenboden-Sphinktertraining mit dem Sitzball ist zu fordern, dass,

- ausschließlich ein praller Beckenboden-Therapieball zum Einsatz kommt!
- Nur das widerständige Ballmaterial stellt den nötigen, rehabilitierenden Trainingseffekt her.
- Nachgiebige, zu weiche Bälle reduzieren dehnend den Beckenbodentonus und können einen Deszensus verschlimmern.

2. Eine Bewegungsinstruktion muss präzise sein, um das angestrebte Ziel zu erreichen!

- Von der verbalen genauen Unterweisung hängt es ab, ob Übende die beabsichtigte, rehabilitierende Bewegung in Gang setzen können.
- Eine unzulängliche Instruktion macht auch aus einer therapeutisch angelegten Übung eine belanglose.
- Eine didaktisch hilfreiche Instruktion muss meist folgende Hinweise

enthalten: Lageveränderung von Distanzpunkten in Bezug auf den Raum einerseits und auf den Körper des Patienten andererseits. Übungsleiter brauchen dann nur noch der bewährten FBL-Anweisung folgen, indem sie: „Richtung und Tempo angeben, denn dann programmiert sich die beabsichtigte Bewegung von selbst“.

- Die Aktivierung eines geschwächten Muskels geschieht dann in der zuständigen myofaszialen Arbeitskette, in seinem angestammten Bewegungsmuster.

Detaillierte Informationen für Interessierte, Betroffene und Fachpersonal (z. B. zu den Fachfortbildungen zum Tanzberger-Konzept®) finden sich auf der Website www.tanzberger-konzept.de



Literatur

- R. Tanzberger et al., *Der Beckenboden – Funktion, Anpassung und Therapie – Das Tanzberger-Konzept®*, Urban & Fischer im Elsevier Verlag, 4. Auflage 2019
- Perfetti, C., *Der hemiplegische Patient*, Pflaum Verlag 1997
- Spitzer, M., *Lernen Gehirnforschung und die Schule des Lebens*, Spektrum Akademischer Verlag 2007
- Mulder, Th., *Das adaptive Gehirn*, Thieme 2007
- R. Tanzberger, Broschüre „Kontinenzpflege – Ein Leitfaden für Eltern und Erzieher“ (Bezug s. www.tanzberger-konzept.de)
- R. Tanzberger, Broschüre „Übungen mit dem BeckenbodenTherapieball – Eine Auswahl“ (Bezug s. www.tanzberger-konzept.de)
- Schmitt, J. L.: *Atemheilkunst*, 6. Auflage, Humata Verlag, Bern 1981

Professionelle Begleitung in Veränderungsprozessen ist notwendig

Fachwissen und Engagement sind notwendig um Teams bei komplexen Veränderungen in ihrem Arbeitsalltag zu unterstützen

So zeigt der Expertenstandard „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ anhand einer wissenschaftlichen Literaturanalyse aussagekräftige Forschungsergebnisse zum Thema Förderung der Harnkontinenz und Kompensation der Inkontinenz auf. Für Themenfelder ohne wissenschaftliche Erkenntnisse, erörterten die Mitglieder der Expertenarbeitsgruppe welche Empfehlungen für die Pflegepraxis sinnhaft sind. In diesem Sinne verknüpft der Expertenstandard Theorie und Praxis. Weiterhin wurde die Umsetzbarkeit in 25 Einrichtungen des Gesundheitswesens geprüft. Dennoch zeigt sich die Umsetzung, vor allem in Kliniken als eine Herausforderung. Das wundert nicht, denn komplexe Veränderungen, wie die Umsetzung des Expertenstandards, benötigen profunde Begleitung durch versierte Fachpersonen – ein Plädoyer für akademisierte Pflegende und Pflegeexperten!

Professionelle Kontinenzförderung?

Der nationale Expertenstandards „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ beschreibt, seit seiner ersten Veröffentlichung und der Aktualisierung 2014, evidenzbasierte und professionelle Strategien für die Einschätzung der Inkontinenz, die Maßnahmen der Kontinenzförderung bzw. Kompensation der Inkontinenz und der Evaluation dieser Maßnahmen (DNQP). Seit nunmehr 10 Jahren kann der Expertenstandard in der Versorgung inkontinen-

ter Personen herangezogen werden, doch die Umsetzung scheint, vor allem im klinischen Bereich, enorm herausfordernd zu sein. Zwar wird sich in vielen Einrichtungen um das Thema Inkontinenz gekümmert, häufig jedoch unstrukturiert. Dies zeigt sich in der fehlenden systematischen Einschätzung des Problems oder in der übermäßigen Versorgung mit Hilfsmitteln und der mangelnden Umsetzung von Maßnahmen der Kontinenzförderung. Pflegende werden von den Betroffenen zudem selten als beratend wahrgenommen. Insgesamt zeigt sich also ein kritisches Bild, bei dem die Inkontinenz gepflegt und die Kontinenzförderung zu wenig beachtet wird (Pfisterer et al. 2008, Boguth 2009, Müller 2009, Ruppert 2009, Hayder-Beichel 2013). Unter den derzeitigen personellen Engpässen verliert das Thema, welches eine geringe Haftungsrelevanz aufweist (anders als bei einer Dekubitus- oder Sturzproblematik), weiterhin an Bedeutung.

Schlussendlich wird Inkontinenz sowohl von Betroffenen, als auch von vielen Pflegefachpersonen als unüberwindbar erlebt. Aus dem mangelnden Wissen (z. B. unterschiedlicher Inkontinenzformen oder therapeutischen Ansätzen) resultieren unzureichende professionelle Handlungsstrategien in allen Bereichen des Pflegeprozesses.

Cheater untersuchte im Jahr 2009, in einer Studie mit 233 Pflegenden, Barrieren die einer optimalen „continence care“ entgegenstehen und

arbeitete drei Hindernisse heraus. Auf der individuellen Ebene zeigt sie, das Pflegende dem Thema Inkontinenz in ihrem Arbeitsalltag wenig Priorität und Zeit einräumen. Auf der Teamebene kommt es zudem zu mangelhafter Kommunikation, aus der wiederum Informationsdefizite erwachsen. Auf der organisatorischen Ebene führen letztlich unklare Versorgungspfade und stetiges Streben nach Ersparnis zu Barrieren die einer guten Pflege im Weg stehen.

Eine Reihe von Wissenschaftlern setzt sich mit weiteren Faktoren auseinander. Sie machen deutlich, dass es letztlich Aspekte wie Einstellung, Haltung und Wissen sind, die das professionelle Handeln im Wesentlichen beeinflussen. Wo spezifisches Wissen von Pflegenden zu den Themen Inkontinenz und Kontinenzförderung mangelhaft ist, wird die Einstellung und damit die Umsetzung bezüglich Kontinenzförderung leiden (Henderson und Kashka 2000, Saxer 2013). Hinzu kommt, dass Fachwissen und Engagement einzelner Personen kaum zu Verbesserungen in der gesamten klinischen Praxis führen (Keilman und Dunn 2010), denn Veränderungsprozesse im Sinne der Betroffenen müssen auf allen Ebenen – auf individueller Ebene, im Team und der Organisation – ermöglicht werden. Das heißt sie sind komplex und bergen ganz unterschiedliche und auch notwendige Herausforderungen, die über die Anstrengungen einzelner Mitarbeiter hinausgehen (Garbett und Mc Cormack 2009).

Veränderungsprozess benötigen Begleitung

Wir haben gesehen, dass komplexe Veränderungsprozesse immer ganze Teams und Organisationen betreffen. Sie müssen gemeinschaftlich bisherige Vorgehensweisen (z. B. im Assessment der Inkontinenz und bei den Maßnahmen der Kontinenzförderung) kritisch reflektieren, neue Strategien entwickeln (z. B. in der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Pflege – Medizin – Therapie), diese erproben, in der Umsetzung analysieren und nachhaltig verankern. Die Herausforderungen die damit einhergehen (z. B. Ablösung bisheriger Routinen und Implementierung neuer Versorgungspfade oder die Integration diverser Standpunkte/ Verantwortlichkeiten der Mitglieder des interdisziplinären Teams) sollten nicht ohne professionelle Begleitung erfolgen.

Solche Prozessbegleiter (sogenannte Change Agents) sollten einen offiziellen Auftrag der Einrichtungsleitung erhalten

und mit Kompetenzen und Möglichkeiten der Einflussnahme ausgestattet sein. Es muss sich dabei um inhaltlich versierte Personen handeln, welche über ein hohes Maß an Engagement und Flexibilität verfügen und eine vielfältige Methodenkompetenz aufweisen. Es empfiehlt sich eine Person als Prozessbegleiter einzusetzen, die nicht aus dem gleichen Kontext wie ihre Kollegen stammt, um die Objektivität, aber auch die Kreativität im Veränderungsprozess zu fördern (Schiemann und Moers 2004, Moers und Schiemann 2006, Stefanczyk et al. 2013). Zu den Aufgaben der prozessbegleitenden Person zählen: Vermittlung von Fachwissen, Widerstände abbauen, Akzeptanz schaffen und zur Selbststeuerung anleiten. Ihre Funktion ist dabei die eines Vermittlers, um Veränderung mit und nicht gegen einen Personenkreis umzusetzen. Daher muss die Kommunikationsfähigkeit des Prozessbegleiters stark ausgeprägt sein, da in sich wandelnden Prozessen die Fähigkeit Meinungen, Werte, Handlungsweisen oder Bedenken Anderer aufzunehmen

und zu berücksichtigen von immenser Bedeutung ist. Immer wieder müssen verschiedene Standpunkte zusammengeführt und Begründungszusammenhänge (auch langfristig) erklärt und wiederholt werden.

Die Rolle des Prozessbegleiters ist demnach hoch anspruchsvoll, denn die Person ist Wissensvermittler, Wissenschaftler, Kommunikator, Moderator und Motivator zugleich. Vor diesem Hintergrund sollten Prozessbegleiter pflegewissenschaftlich ausgebildet und/oder besonders versierte fachweitergebildete Pflegeexperten mit längerer Berufserfahrung sein. Sie sollten in der Lage sein strukturiert und lösungsorientiert zu denken, sowie bei aufkommenden Fragen wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse aufzubereiten und einzubringen.

Begleitete Schritte im Veränderungsprozess

Zur Bewältigung komplexer innovativer Veränderungsprozesse ist es in einem

Become a member of the European Council of Enterostomal Therapy (ECET)

The ECET is a professional organisation for clinicians working in wound, ostomy and incontinence care.

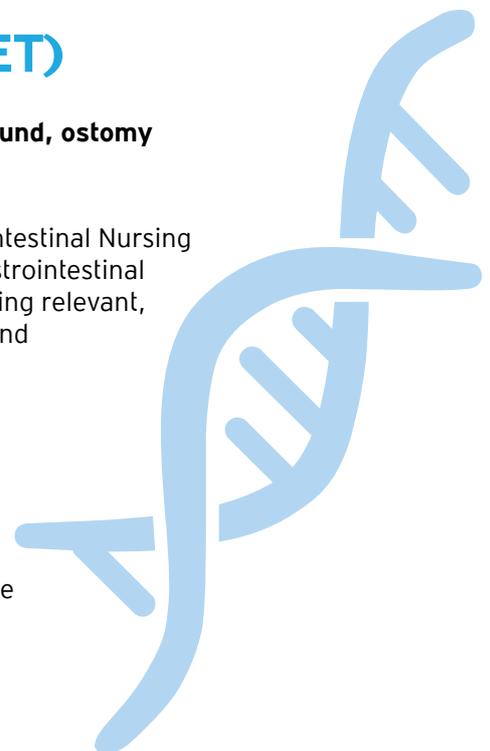
ECET members receive a 20% discount on a full subscription to Gastrointestinal Nursing and its new European Wound, Ostomy and Continence Supplement. Gastrointestinal Nursing is the only peer-reviewed journal in Europe dedicated to providing relevant, accessible clinical information for nurses working in gastroenterology and enterostomal therapy.

Other member benefits include:

- Discounted registration for ECET conferences
- Regular newsletters with updates on activities and developments in the field and within ECET
- Support for professional development
- Opportunities to engage in improving standards of care across Europe

Register as a member via the ECET website:
<https://ecet-stomacare.eu/membership/>

For more information, please contact the ECET secretariat:
info@ecet-stomacare.eu



European Council of Enterostomal Therapy **ECET**

ersten Schritt sinnvoll auf den beschriebenen Ebenen (Mitarbeiter, Team, Organisation) in einen Dialog zu treten. Die begleitende Person kann dazu Gespräche oder Gesprächskreise initiieren, um das Ansinnen von zu verändernden Strukturen oder Prozessen zu verdeutlichen. Nur wenn Veränderungen persönlich aus inneren Beweggründen der Mitarbeiter akzeptiert bzw. als Team anerkannt werden, werden sie sich umsetzen lassen (können). Neben der Vermittlung von Wissen (kognitive Ebene) ist bei Veränderungsprozessen daher die Ansprache von Werten (affektiven Ebene) besonders bedeutsam. Im Zentrum gemeinsamer Gesprächs- oder Diskussionsrunden sollte die Frage stehen: „Warum ist der Veränderungsprozess notwendig?“ Gemeinsam mit dem Prozessbegleiter kann im Team erarbeitet werden, warum Pflegende ihre pflegerische Leistung (z. B. Versorgung mit Hilfsmitteln) erbringen, ob sie zufrieden mit den Leistungen sind und sie oder auch Patienten/Angehörige Potential zur Verbesserung sehen (z. B. in der Einschätzung des Problems und der Möglichkeit Informationen oder Maßnahmen zur Kontinenzförderung anzubieten).

Vor diesem Hintergrund ist es möglich in einem zweiten Schritt gemeinsame Strategien für den Veränderungsprozess zu entwickeln, die vom Team getragen werden. Für den Prozessbegleiter ist es im Laufe des Veränderungsprozesses wichtig darauf immer wieder Bezug nehmen zu können. So kann man beispielsweise bei Problemen im Umsetzungsprozess an gemeinsame Diskussionsrunden erinnern, die beispielsweise zum Ergebnis hatten ein bestimmtes Assessmentinstrument einzusetzen. In diesem Fall wird auf die fachliche Expertise des Teams verwiesen und das gemeinschaftliche erarbeitete Ziel, z. B. das Instrument zu implementieren. Hürden im Veränderungsprozess können auf diese Weise besser bewältigt werden.

Im dritten Schritt, der tatsächlichen Umsetzung von Veränderungsprozessen, ist der Prozessbegleiter stets Ansprechpartner, trainiert z. B. den Umgang mit neuen Instrumenten oder reflektiert die Erfahrungen mit den Mitarbeitern. Stetiges und wertschätzendes Feedback des Prozessbegleiters ist in dieser Phase gefragt, genauso wie profundes fachliches Wissen.

Zum Abschluss des Veränderungsprozesses verdeutlicht der Prozessbegleiter die positiven Effekte, die sich durch die Veränderungen ergeben haben. Hier kann z. B. herausgestellt werden, welchen Zugewinn an Zufriedenheit die Patienten, z. B. durch die Initiierung pflegerischer Beratung, erfahren.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Umsetzung komplexer Veränderungsschritte für die Mitarbeiter, Teams und organisatorischen Ebenen in den Einrichtungen des Gesundheitswesens große Herausforderungen birgt. Um ihnen angemessen begegnen zu können, sollte der Veränderungsprozess durch eine fachlich versierte Person begleitet werden.



Dr. Daniela Hayder-Beichel

Quellen

- Boguth, K. (2009): *Harninkontinenz im Pflegeheim: Prävalenz, Inzidenz und Remission, Risiken und Schutzfaktoren*. Bern: Verlag Hans Huber
- Cheater F.M. (2009): *Overcoming in the barriers to optimum continence care: the need for an expanded approach to implementation*. *International Journal of Older People Nursing* 4 (1):70–75
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg) (2014): *Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege – 1. Aktualisierung*. Osnabrück: Hochschule Osnabrück
- Garbett, R.; Mc Cormack, B. (2009): *Analyse des Konzepts Praxisentwicklung*. In: B., Mc Cormack; Frei, I.A.; Börger H. (Eds). *Praxisentwicklung in der Pflege*. Bern: Verlag Hans Huber, 27–41
- Henderson J.; Kashka M. (2000): *Development and testing of the urinary incontinence scale*. *Urologic Nursing*. 20: 291–305
- Hayder-Beichel (2013): *Harninkontinenz – Die Sicht der Betroffenen und pflegenden Angehörigen*. In: Hayder-Beichel (Hrsg): *Interdisziplinäre Kontinenzberatung – Patientenorientierte Pflege, Medizin und Therapie*" Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 19–34
- Keilman und Dunn (2010): *Knowledge, attitudes and perceptions of advanced practice nurses regarding urinary incontinence older adult women*. *Research and Theory for Nursing Practice*, 24 (4): 260–79
- Müller, E. (2009): *Vorsorgliche Vorlagenversorgung als Muster bei PflegeheimbewohnerInnen mit Kontinenzproblemen*. In: DBfK (Ed), *Brücken bauen*. Beitrag der AG Pflegeforschung Rhein-Neckar. DBfK Südwest, 97–111
- Moers, M.; Schiemann, D. (2006): *Expertenstandards in der Pflege – Implementation als Strategie des Wissenstransfers*. In: Schaefer, D. (Hrsg): *Wissenstransfer in der Pflege. Ergebnisse eines Expertenworkshops*. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, 41–62
- Pfisterer, M.H.D.; Müller, E.; Oster, P.; Müller, M. (2008): *Die Situation von PflegeheimbewohnerInnen mit Kontinenzproblemen: Eine Studie in 2 deutschen Pflegeheimen*. *Z Gerontol Geriat*, 41(5): 408–414
- Ruppert, N. (2009): *Auswirkungen des Toilettentrainings auf Menschen mit Demenz in Einrichtungen der Altenhilfe*. Abschlussarbeit an der Universität Witten/Herdecke
- Saxer, S. (2013): *Lücken und Barrieren bei der Pflege von inkontinenten Patientinnen und Bewohnern*. In: Hayder-Beichel (Hrsg): *Interdisziplinäre Kontinenzberatung – Patientenorientierte Pflege, Medizin und Therapie*" Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 57–63
- Stefancyk, A.; Hancock, B.; Meadows, M.T. (2013): *The nurse manager: change agent, change coach?* *Nurs Adm Q. Jan*, 37(1): 13–7
- Schiemann, D.; Moers, M. (2004): *Werkstattbericht über ein Forschungsprojekt zur Weiterentwicklung der Methode „Stationsgebundene Qualitätsentwicklung in der Pflege“*. Osnabrück: Hochschule Osnabrück, Letzter Aufruf 23.02.2018: <https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Weitere/WerkstattberichtSQE.pdf>

A VOICE FOR ECET

CONSULTANT EDITOR Renata Batas, Enterostomal Therapist, Community Health Centre Ljubljana, Slovenia
EDITOR Benjamin Wakefield +44(0)20 7501 6360 benjamin.wakefield@markallengroup.com
ADVERTISING MANAGER Junior Ijiti junior.ijiti@markallengroup.com
GROUP CLASSIFIED MANAGER Daniel Doherty daniel.doherty@markallengroup.com
CIRCULATION DIRECTOR Sally Boettcher
PRODUCTION MANAGER Jon Redmayne
PUBLISHER Andrew Iafrafi
EDITORIAL DIRECTOR Julie Smith
PUBLISHING DIRECTOR Chloe Benson
MANAGING DIRECTOR Anthony Kerr anthony.kerr@markallengroup.com
CHIEF EXECUTIVE OFFICER Ben Allen

EDITORIAL BOARD
Margarete Anna Wiecezorek WOC Nurse, Hospital of the Order of St John of God Regensburg, Germany
Ivanka Benčić Clinical Nurse Specialist, Sisters of Charity Hospital, Zagreb, Croatia
Dužica Biložanić Head Nurse, Digestive Surgery, Clinical Centre of Serbia, Belgrade
Concepción Capilla Díaz Assistant Professor, University of Granada, Spain
Danielle Chamlier Enterostomal Nurse, Hôpital Tenon, Paris, France
Daniela Maculotti Enterostomal Nurse, Polambulanza Foundation Hospital, Brescia, Italy
Vivien Nagy-Wikstedt WOC Nurse and Sexual Counselor, Helsinki University Hospital, Finland
Sinéad Kelly O'Flynn Independent Clinical Research Nurse, County Cork, Ireland
Susan Pridham Ostomy Nurse Manager (Clinical Lead), Amicare Group

PERSONAL SUBSCRIPTION RATES
 Quarterly direct debit € 28
 Annual direct debit € 112
 Annual credit card € 118
 2-Year annual credit card € 201
 3-Year annual credit card € 283
 Subscribe online: www.magsubscriptions.com
 Subscribe by phone: +44 (0) 1722 716997
 Institutional pricing: institutions@markallengroup.com



Across boundaries

As president of the European Council of Enterostomal Therapy (ECET), it is my great pleasure to introduce you today to the first issue of the *European Wound, Ostomy and Continence Supplement*. The ECET executive board has worked with the team behind *Gastrointestinal Nursing* to develop the concept of this specialist care supplement, under the editorship of Benjamin Wakefield and Renata Batas.

A specialist journal survives and thrives on the contributions of experienced authors. We encourage everyone working in wound, ostomy and continence care to submit articles about aspects of therapy and practice that are relevant to these clinical areas. These articles can be anywhere from 700 to 3000 words and should be practical, educational and evidence-based. By publishing in this supplement, authors will not only strengthen specialist care in their own country, they will also help build a supportive network with their many colleagues across Europe and beyond.

Our intention with this publication is to provide a new forum for sharing specialist nursing practice across international and linguistic boundaries. As such, we have decided to publish bilingual versions of certain articles, where this is possible. Therefore, authors have an opportunity to submit a bilingual manuscript and to work with the editorial team to produce a parallel-text version in their own first language.

Please help us make this supplement a unique and highly valuable contribution to specialist care for people with a stoma, incontinence problems or a wound. If you would like to publish with us, if you have any questions or if you want to let us know what you think of this first issue, please send an email to gin@markallengroup.com. We look forward to seeing your contributions in future editions of the *European Wound, Ostomy and Continence Supplement*. **GN**

Deutsch German

Als Präsidentin des European Council of Enterostomal Therapy (ECET) möchte ich Sie heute mit der ersten Ausgabe des *European Wound, Ostomy and Continence Supplement* bekannt machen. Der ECET-Vorstand hat in Zusammenarbeit mit dem Team von *Gastrointestinal Nursing* und der Redaktion von Benjamin Wakefield und Renata Batas das Konzept einer speziellen Pflegefachbeilage entwickelt.

Eine Fachzeitschrift überlebt und lebt von den Beiträgen erfahrener Autoren. Wir ermutigen alle, die in der Wund-, Stoma- und Inkontinenzarbeit tätig sind, Artikel über therapeutische und praktische Aspekte, die für diese klinischen Bereiche relevant sind, einzureichen. Diese Artikel können zwischen 700 und 3000 Wörter umfassen und sollten praxisorientiert und evidenzbasiert, sowie für die Edukation hilfreich sein. Durch die Veröffentlichung in dieser Beilage stärken die Autoren nicht nur die fachliche Betreuung in ihrem eigenen Land, sie tragen auch zum Aufbau eines unterstützenden Netzwerks mit ihren vielen Kollegen in ganz Europa und darüber hinaus bei.

Mit dieser Veröffentlichung möchten wir ein neues Forum für den Austausch fachlicher Pflegepraxis über internationale und sprachliche Grenzen hinweg bieten. Daher haben wir uns entschlossen, zweisprachige Artikelversionen zu veröffentlichen, wo immer dies möglich ist. Autoren haben daher die Möglichkeit, ein zweisprachiges Manuskript einzureichen und gemeinsam mit der Redaktion eine parallele Textversion in ihrer eigenen Muttersprache zu erstellen.

Bitte helfen Sie uns, dieses Supplement zu einem einzigartigen und wertvollen Beitrag zur professionellen Betreuung von Patienten mit Stoma, Inkontinenzproblemen oder Wundversorgung zu machen. Wenn Sie bei uns veröffentlichen möchten, wenn Sie Fragen haben oder uns Ihre Meinung zu dieser ersten Ausgabe mitteilen möchten, senden Sie bitte eine E-Mail an gin@markallengroup.com. Wir freuen uns auf Ihre Beiträge in zukünftigen Ausgaben des *European Wound, Ostomy and Continence Supplement*. **GN**

Gabriele Kroboth, President, European Council of Enterostomal Therapy (ECET)



Gastrointestinal Nursing is published by MA Healthcare Ltd, St Jude's Church, Dulwich Road, London SE24 0PB
 Tel: +44 (0)20 7738 5454
 Website: www.gastrointestinalnursing.co.uk

MAG ONLINE LIBRARY

© MA Healthcare Ltd, 2019. All rights reserved. No part of the *Gastrointestinal Nursing* may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means electronic, mechanical, photocopying, recording, or otherwise without prior written permission of the Publishing Director. The views expressed do not necessarily represent those of the editor or *Gastrointestinal Nursing*. Advertisements in the journal do not imply endorsement of the products or services advertised.

recycle ISSN 1479-5248
 Printed by Pensord Press
 Bickwood, NP12 2YA

Neu! – Kostenfreies Lesen der Artikel unter:
www.flickread.com/edition/html/free/5d0ce3ce166ab#1

Patientenerfahrungen bei der Verwendung von ISK

Der emotionale und psychologische Einfluss auf die Lebensqualität weiblicher Patienten

In der Literatur besteht der allgemeine Konsens, dass die intermittierende Katheterisierung als erste Wahl betrachtet werden sollte, wann immer sie möglich ist (vgl. NICE 2012, NHS QIS 2004).

Die Vorteile des ISK sind Pflegeexperten und Mediziner in der Regel hinreichend bekannt. Die Auswahl des individuell richtigen Katheters für den Patienten ist entscheidend für die Gesunderhaltung des Harntraktes sowie Reduktion von Komplikationen, Unabhängigkeit von Betroffenen, Wahrung von Würde, freie Kleiderwahl, Aufrechterhaltung sexueller Aktivität etc. Schlichtweg: Verbesserung der Lebensqualität. Trotz der vielen vorteilhaften Eigenschaften des ISK sinken die Compliance-Raten während der Langzeitnachsorge häufig. Sie reichen von 34 % bis 81 % (vgl. Seth et al. 2014).

In der Realität ist die ISK Anleitung oft nicht Mittel der ersten Wahl. Grund dafür sind mitunter fehlende Fähigkeiten bei den Betroffenen selbst oder schlichte Unmöglichkeiten den Fremd ISK im privaten Umfeld zu implementieren. Ebenso sehen und hören wir von Pflegenden selbst, dass ein Wissensdefizit rund um das Thema ISK (Intermittierender Selbstkatheterismus) existiert. Des Weiteren herrscht sowohl bei Pflegenden als auch bei Mediziner schlichtweg ein Mangel an Zeit- und Personalressourcen für die Edukation

der Betroffenen als auch der Angehörigen.

Sind die nötigen Voraussetzungen beim Betroffenen zur Anleitung und Durchführung des ISK vorhanden und der Pflegeexperte widmet sich der Schulung, sieht sich sowohl Pflegeexperte als auch der/die Betroffene vor herausfordernde Hürden im emotionalen und psychologischen Bereich gestellt. Die meisten Veröffentlichungen jedoch beziehen sich auf Nutzen und Sicherheit von ISK. Über die psychischen und emotionalen Auswirkungen von ISK ist weniger bekannt.

Welche Aussagen trifft die Literatur zur Sicht der Betroffenen? ISK ist ein invasives und im ersten Moment einschüchterndes Verfahren für die meisten Menschen und kann erhebliche Auswirkungen auf die Anwender, deren Partner, Karriere und Familie haben (vgl. Logan et al., 2007). Die Mehrheit der Menschen beschreibt Gefühle wie Sorge, Schock, Ärger, Angst und Depression wenn sie gesagt bekommen, dass der ISK durchgeführt werden muss. Die Lebensqualität sei besonders beeinträchtigt durch Schwierigkeiten beim Reisen, Nutzung öffentlicher Einrichtungen zur Katheterisierung, schlechteres psychologisches und emotionales Wohlbefinden (vgl. Woodward, Rew, 2003).

Barrieren in der ISK Anleitung können sowohl bei dem Betroffenen selbst

(intern) zu finden sein als auch in der Umgebung (extern). Als externe Faktoren können der Zugang zu öffentlichen Toiletten und deren unzureichende Ausstattung, Verfügbarkeit geeigneter Katheter und Hilfsmittel, Qualität der Schulung und der Trainingsumgebung, sowie nachfolgendes „Follow-up“ mit Zugang zu Hilfe oder Beratung sowie die Verfügbarkeit von erfahrenen Pflegeexperten genannt werden (vgl. Seth et al., 2014).

Zu den internen Faktoren zählen Körperliche Behinderungen, Positionierung, Geschicklichkeit, Sehbehinderung, Anatomie und Kognition. Zu den psychologischen Faktoren zählen: Missverständnisse und Ängste, Scham und mangelndes Vertrauen sowie Stigmatisierung. Insbesondere psychologische und emotionale Aspekte können sich als die größten Hürden für den Patienten erweisen, den ISK durchzuführen.

Einige Patienten empfinden den psychologischen Einfluss bei der Durchführung von ISK als größten Nachteil (vgl. Woodward, Rew, 2003). Die Reaktionen weiblicher Patientinnen, welche die ISK Durchführung erlernen, sind die negativ emotionale Beeinflussung ihrer Beziehungen, der täglichen Aktivitäten sowie der allgemeinen Lebensqualität. Zusätzlich negative Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sowie Schwierig-

keiten, die Harnröhre zu sehen und sie aufzufinden. Des Weiteren äußern Sie Trauer- und Verlustgefühle, mangelndes Wissen (bezüglich weiblicher Anatomie, Blasenfunktionsstörung und Kathetern), negative Assoziationen und Stigmatisierung. Hinzu kommen Abneigung und Scham sowie die Entwicklung von Bewältigungsstrategien. Sie finden die pflegerische Herangehensweise ist von entscheidender Bedeutung (vgl. Ramm; Kane. 2011).

Barrieren, denen die Patienten ausgesetzt sind, können die Adhärenz (Einhaltung) einschränken. Van Achterberg et al. beschrieben allgemeine Faktoren, welche die Einhaltung von ISK Verfahren bei Erwachsenen behindern: Wissen, Komplexität des Verfahrens, Missverständnisse, Ängste, Scham und Motivation. Yavuzer et al. berichteten, dass Frauen den ISK mehr belastend und unbequem empfinden als Männer. Wie können Patientinnen im Selbstmanagement gefördert werden, um damit einen potenziellen Beitrag zur langfristigen Therapietreue und Gesundheit des Harntraktes zu leisten?

Der Pflegeexperte hat eine absolute Schlüsselrolle beim Erfolg des ISK und der Therapietreue!

Erfahrungen, welche beim ISK Training gesammelt wurden und dieses beeinflussen (vgl. Logan et al., 2007):

- Psychologisch: Angst, Verlegenheit und das Bedürfnis nach Privatsphäre bei der ISK Schulung
- Physisch: technische Schwierigkeiten, auf die die Teilnehmer beim Erlernen des ISK stoßen
- Beziehung zum Anleitenden: zwischenmenschliche Fähigkeiten und die Rolle der Pflegekraft beim Schulen von ISK (Kommunikation, Informationsvermittlung und Einstellungen)

Eine ISK Anleitung ist so individuell wie der oder die Betroffene selbst.

Viele Kriterien müssen dabei beachtet werden Beispielsweise: welche Bedürfnisse hat die/der Anzuleitende in der Klinik versus im sozialen Umfeld, welches Hilfsmittel erfüllt diese Bedürfnisse am besten und minimiert Risiken bei der Nutzung des Selben? Welche körperlichen Fähigkeiten und manuelles Geschick hat der Betroffene? Welche sensorischen Fähigkeiten, Seh- und Hörfähigkeiten sind vorhanden? Wie steht es mit der Denk- und Merkfähig-

keit? Wurden zuvor schon Hilfsmittel verwendet, wenn ja welche? Welche Erwartungen bestehen an das Hilfsmittel und in welcher Umgebung wird es eingesetzt (vgl. Woodward, Rew, 2003)? Bei der ISK Schulung sind viele Informationen und unterstützende Maßnahmen nötig (vgl. Logan et al., 2007). Informationen zu:

- Anatomie und Physiologie des Harntraktes
- Hygiene und Tipps zum Schutz vor Harnwegsinfektion
- Mögliche Komplikationen (Schmerz, Blutung, Harnwegsinfektion)
- ISK Frequenz, Anleitung zur Restharnmessung
- Compliance/ non-compliance Probleme
- Durchmesser, Menge, Auswahl des Katheters
- Verschiedene ISK Positionen

Unterstützende Maßnahmen:

- Privatsphäre oder entspannte Atmosphäre und Umgebung bei der Anleitung
- Betroffene in ihrem eigenen Tempo durch alle ISK Themen führen
- Demonstration ohne Eile und bei Bedarf Mehrfachdemonstration
- Initiale und darauffolgende Unterstützung
- Regelmäßige Rücksprache auch per Telefon
- Wiederkehrende Möglichkeit für Patienten Fragen zu stellen

Die Literatur zeigt, dass psychologische Reaktionen wie Schock und Verlegenheit, die anfangs von Menschen mit Selbstkatheterismus erlebt wurden, sich im Laufe der Zeit lösen, wenn sie eine gute Unterstützung durch Pflegeexperten erfahren. Denn sowohl Männer als auch Frauen haben unterschiedliche technische Schwierigkeiten. Die Zeit, die es braucht um einen vertrauten Umgang im ISK aufzubauen, kann Tage bis Jahre dauern. Die Kommunikationsfähigkeiten und die Einstellung des Pflegeexperten selbst tragen wesentlich dazu bei, das Vertrauen in die Durchführung des Verfahrens zu stärken und können die langfristige Einhaltung der Prozedur fördern (vgl. Logan et al., 2007).

Fazit: "One Size does not fit all!"

Die Anpassung der Schulung an die Person ist erfolgversprechender für ISK Anwender und Pflegeexperte, anstatt einen einheitlichen Schulungsansatz zu wählen.



Miriam Lefevre
Gesundheits- und Krankenpflegerin und Urotherapeutin, Clinical Advisor, Hollister Incorporated

Literaturnachweise

Achterberg, T. van; Holleman, G. ; Cobussen-Boekhorst, H.; Arts, R.; Heesakkers, J. (2008). Adherence to clean intermittent self-catheterization procedures: determinants explored. *J Clin Nurs* 17(3):394-402.

Logan, K. ; Shaw, C.; Webber, I.; Samuel, S. & Broome, L. (2007). Patients' experiences of learning clean intermittent self-catheterization: a qualitative study. *The Authors. Journal compilation, jan*, p. 32-40.

Ramm, D. ; Kane, R. (2011). A qualitative study exploring the emotional responses of female patients learning to perform clean intermittent self-catheterization. *Journal of Clinical Nursing*; 20, 3152-3162.

Seth, J. H.; Haslam, C. ; Panicker, J. N. (2014). Ensuring patient adherence to clean intermittent self-catheterization. *Patient Prefer Adherence*. 2014; 8: 191-198.

Woodward, S. ; Rew, M. (2003). Patients' quality of life and clean intermittent self-catheterization. *British Journal of Nursing*, 2003, VOL 12, NO 18 , p 1066-1074.

Yavuzer, G. ; Gok, H. ;Tuncer, S. ; Soygur, T.; Arikan, N. ;Arasil, T. (2000). Compliance with bladder management in spinal cord injury patients. *Spinal Cord* 38(12):762-765.

NHS QIS (2004). *Urinary Catheterisation & Catheter Care. Best Practice Statement. National Health Service, Quality Improvement Scotland, Edinburgh.*

NICE (2012). *Prevention of Healthcare-associated Infection in Primary and Community Care. Clinical Guideline (CG139). National Institute for Clinical Excellence, London.*

Selbsthilfe aus Sicht der Blasenkrebs-Selbsthilfegruppen (SHG)

Es gibt wohl kaum einen Menschen, der von der Diagnose Krebs nicht zutiefst betroffen ist und sich nicht aus seinem bisherigen Leben geworfen fühlt. Er sieht sich in seiner gesamten Existenz bedroht und ist extrem verunsichert, weil er das Gefühl hat, zu wenig über die Krankheit zu wissen, zu wenig zu verstehen, was die Mediziner ihm gesagt haben, zu wenig die nächsten Schritte beurteilen und für sich bewerten zu können.

In einer solchen Situation können Menschen, die gleiche oder ähnliche Erfahrungen gemacht haben, eine große Hilfe sein. Selbsthilfe bedeutet hier, dass Betroffene sich einander unterstützen: „Gemeinsam stärker“, vor allem über die Krankheit und die damit verbundenen Sorgen, Nöte und Ängste offen zu sprechen, sich über die Therapie zu informieren, von den „Erfahrenen“ lernen und die Lebensqualität möglichst wieder zu verbessern.

Die Selbsthilfe ist zu einer wichtigen und unverzichtbaren Ergänzung der professionellen Arbeit im Gesundheitswesen geworden. In der Gruppe von Gleichbetroffenen weiß man von was man spricht, hat die Zeit dafür und besorgt sich die Informationen von den Fachleuten.

So bin ich als SHG-Gruppenleiter z. B. auf einen Bericht „Die Ileum-Neoblase“ aufmerksam gemacht worden, in Ihrem Magazin Uro-MAGSI aus 1999, und war begeistert. Dieser Bericht ist heute nach 20 Jahren noch aktuell und für uns ein

wahrer Fundus für die Gruppenarbeit. In diesem Zusammenhang und an dieser Stelle einen herzlichen Glückwunsch zum 40 jährigen Bestehen Ihrer Vereinigung von Pflegefachkräften und Ihren vielfältigen Aktivitäten in der Pflege.

Ich freue mich, Ihnen die Blasenkrebs-Selbsthilfegruppen vorstellen zu dürfen, denn Sie als Pflegeexperten und Stoma-Therapeuten sind ein wichtiger Multiplikator um uns bekannter zu machen. Alle 20 Minuten gibt es einen neuen Blasenkrebs-Patienten, fast 30.000 Menschen in Deutschland pro Jahr, aber Blasenkrebs ist ziemlich unbekannt.

Der Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e.V. (ShB) www.Blasenkrebs-ShB.de ist die größte deutsche Selbsthilfeorganisation für Blasenkrebspatienten. Obwohl unser Verband erst 2004 gegründet wurde, haben wir bundesweit schon über 70 SHG (siehe Karte auf der Internetseite). In den SHG treffen sich meist monatlich akut von der Diagnose Betroffene, sowie bereits Operierte mit den verschiedenen

Harnableitungen, aus allen unterschiedlichen Krankheitsphasen (vom oberflächlichen Tumor bis zu Rezidiven nach Chemotherapie), auch mit deren Angehörigen.

Der ShB stellt den SHG dazu eine Menge an Informationen zur Verfügung, die einerseits über die Internetseite direkt heruntergeladen werden können, oder als Druckschriften bei der Geschäftsstelle des ShB in Bonn kostenlos angefordert werden können, wozu ich Sie ganz herzlich auffordern möchte.

In meinen hessischen SHG www.SHGBH.de wird aus dem ShB-Internet-Auftritt oft die ShB-Fallzahlentabelle regional ausgedruckt benutzt, um zu sehen, welches Krankenhaus welche Blasenkrebs-Operationen und Harnableitungen in welcher Anzahl durchgeführt hat. Sehr interessant. Die Vergleichstabelle enthält diesbezügliche Fallzahlen von nahezu 500 deutschen Kliniken.

Die Teilnahme an den Gruppentreffen kann ohne Voranmeldung und anonym



erfolgen, man kann auch nur Zuhören und Informationen mitnehmen. Anhand der gedruckten Broschüre „Harnableitungen – Entscheidungshilfen für Betroffene“ wird oft darüber gesprochen, welche Fragen im Gespräch mit dem Arzt gestellt werden sollten. Die verschiedenen Harnableitungen werden mit erläuternden Bildern, ihren Herausforderungen und möglichen Komplikationen vorgestellt und verglichen.

Im ShB-Internet-Auftritt hat jede regionale SHG die Möglichkeit, auch mit Fotos von ihren Treffen und Veranstaltungen zu berichten. Es werden auch Ausflüge gemacht und zwischenmenschliche Kontakte geknüpft. Die Gespräche in den SHG machen aus den eingangs erwähnten zutiefst Betroffenen informierte und aufgeklärte Patientinnen und Patienten, die verstehen, was mit ihnen geschieht und können so zu Partnern der Therapeuten werden und aktiv an ihrer Genesung mitarbeiten.

Deshalb bitte ich Sie, machen Sie Ihre betreffenden Patienten auf unsere

Blasenkrebs-SHG aufmerksam. Ihre persönliche Ansprache wirkt mehr als jedes gedruckte Papier. Und wenn Sie sich noch mehr engagieren wollen, und zweimal im Jahr kostenlos die Vereinszeitschrift "Die Harnblase" zugesendet bekommen möchten, können Sie sich auch als außerordentliches Mitglied beitragsfrei beim ShB anmelden.

*Kontaktdaten der ShB-Geschäftsstelle in Bonn:
Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e.V.
Thomas-Mann-Straße 40
53111 Bonn
Tel.: 0228 33889-155
Mail: info@Blasenkrebs-shb.de*



Franz Hagenmaier (Foto) ist Landesbeauftragter des Selbsthilfe-Bund Blasenkrebs e.V. für Hessen und leitet die Blasenkrebs-SHG Wetterau in Bad Nauheim.



Von Spinnenseide und Fliegenlarven, intelligenten Verbänden und seltenen Ursachen des Ulcus cruris

Der 02. Nürnberger Wundkongress wartet mit einem facettenreichen Programm auf: Innovative Verfahren, neue Biomaterialien oder maßgeschneiderte Konzepte für eine bestmögliche interdisziplinäre und interprofessionelle Versorgung von Patienten mit Wunden zählen zu den Schwerpunkten in diesem Jahr. Ärzte und Pflegefachkräfte kommen gleichermaßen auf ihre Kosten – letztlich aber profitieren die Patienten.

Vier Millionen Menschen in Deutschland leiden unter schlecht heilenden Wunden. Weil diese häufig als Komplikationen diverser Grunderkrankungen wie Diabetes oder Durchblutungsstörungen auftreten, kann eine optimale Wundbehandlung nur durch ein gut eingespieltes Miteinander von Medizin und Pflege gelingen: interdisziplinär und interprofessionell.

Wunden verbinden lautet darum das Motto des 02. Nürnberger Wundkongresses, der vom 05.–07. Dezember 2019 neueste Trends in der Diagnostik und Therapie von Wunden in den Fokus rückt. Rund 1.600 Ärzte und Pflegefachkräfte werden dazu in der Messe Nürnberg zusammenkommen. „Wunden verbinden, das ist unsere tägliche Aufgabe und unsere Berufung, ob Facharzt, Hausarzt oder Pflegefachkraft“, sagt Tagungspräsident Prof. Dr. Erwin Schultz. „Die bestmögliche Versorgung von Menschen mit Wunden

ist aber nicht nur ein Auftrag, sondern unser Anspruch. Sie liegt uns am Herzen. Das verbindet uns!“ Vernetzung, fachlicher Austausch und weithin geteilte Standards auf neuestem Kenntnisstand werden einem besseren, effizienteren Miteinander in der Wundbehandlung den Weg ebnen. – In dieser Überzeugung wurde der Nürnberger Wundkongress im vergangenen Jahr ins Leben gerufen. Zu den Highlights beim „WuKo“ in diesem Jahr zählen u.a.:

- innovative Verfahren wie zum Beispiel die Behandlung mit kaltem atmosphärischen Plasma,
- neue Biomaterialien von Fischhaut bis Spinnenseide und intelligente Verbände für die Wundversorgung,
- maßgeschneiderte interdisziplinäre Konzepte.

Dabei reicht die thematische Vielfalt des dreitägigen wissenschaftlichen Programms vom „Siegessäuger der Vakuumtherapie“ über ein „Update“ zur Wunde

des Diabetikers oder die spezielle Verantwortung der Gefäßmedizin in der Wundbehandlung bis hin zu Wunden, die durch „importierte“ Keime aus fernen Urlaubsregionen verursacht sind, gewissermaßen ein „gefährliches Souvenir“.

Und weil mit Erwin Schultz in diesem Jahr ein Dermatologe den Staffelstab als Tagungspräsident und Programmregisseur übernommen hat, gilt ein besonderes Interesse auch speziell dermatologischen Aspekten wie der keineswegs seltenen, dafür aber weitgehend unbekannteren Akne inversa: Etwa ein Prozent der Bevölkerung leidet an der chronischen Hauterkrankung mit ihren schmerzhaften Entzündungen der Talgdrüsen und Terminalhaarfollikel. „Die meisten allerdings ohne zu wissen, mit was für einer Erkrankung sie es eigentlich zu tun haben“, sagt Erwin Schultz. Auch seltenen Ursachen des Ulcus cruris wie beispielsweise Vaskulitis

(Gefäßentzündungen) oder Autoimmunerkrankungen gebührt heuer ein Platz im wissenschaftlichen Tagungsprogramm.

Parallel zu den Sitzungen finden auch in diesem Jahr zahlreiche Seminare und Workshops statt, welche nicht nur Fachkräften neue Einblicke und praktische Übung vermitteln sollen. Etwa zum Einsatz von steril gezüchteten Goldfliegenlarven für ein biologisches Wunddebridement oder zur Versorgung von Verbrennungswunden, zu palliativer Wundversorgung oder auch zur Gründung eines interprofessionellen Netzwerkes inklusive aller notwendigen Tools von der Homepage bis zum Sponsoring.

Weit über die Grenzen Nürnbergs hinaus reicht bereits die Anziehungskraft des „Wundkongress des Südens“. Er bietet allen, die das Thema „Wunde“ bewegt, ein ideales Forum, sich über Trends in der Wundbehandlung, Neues aus der Forschung und spezielles Know-how zu informieren und von den Erfahrungen der Kollegen – auch und nicht zuletzt aus anderen Fachbereichen – zu profitieren. Die enge Kooperation mit zahlreichen Fachgesellschaften trägt zum stets aktuellen Stand und Facettenreichtum bei, eine begleitende Fachmesse bietet einen Überblick über neueste Produkte und technische Entwicklungen.

*Erwin S. Schultz
Kongresspräsident*

*Congressmanagement & Marketing
GmbH*

*Jana Görls / Francesca Rustler
Carl-Pulfrich-Straße · 107745 Jena
Tel.: +49 3641 31 16-345/-406
Fax: +49 3641 31 16-243
wuko@conventus.de*

*Pressekontakt
Conventus Congressmanagement &
Marketing GmbH
Anja Blankenburg
Te.: +49 3641 31 16-283
Fax: +49 3641 31 16-243
anja.blankenburg@conventus.de*



Qufora® IrriSedo Irrigationssysteme stellen bei Verstopfung und Stuhlinkontinenz eine gute Alternative dar.

Sie sind...

- **natürlich:** die Darmfunktion wird mit Hilfe von Wasser unterstützt
- **effektiv:** Sicherheit für 24 Stunden und mehr
- **anwenderfreundlich:** die Verwendung ist einfach und leicht verständlich



MBH | **qufora®**

Qufora® ist ein eingetragenes Warenzeichen der MBH-International A/S.

Infos anfordern

Tel. 06126 95 95 627
info@qufora.de
www.qufora.de



Mehr Ausbildung, mehr Personal, mehr Geld

Das bringt die Konzertierte Aktion Pflege

Die Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte sollen sich schnell und spürbar verbessern. Das ist Ziel der Konzertierten Aktion Pflege, die unter der Leitung von Bundesfamilienministerin Dr. Franziska Giffey, Bundesarbeitsminister Hubertus Heil und Bundesgesundheitsminister Jens Spahn jetzt ihre Ergebnisse vorgelegt hat. Danach soll bundesweit nach Tarif bezahlt, ein am Bedarf orientierter Personalschlüssel eingeführt, die Anwerbung ausländischer Pflegekräfte beschleunigt und die Zahl der Auszubildenden und Ausbildungseinrichtungen gesteigert werden.

Bundesfamilienministerin Dr. Franziska Giffey: „Wir sorgen für mehr Nachwuchs in der Pflege – ohne Schulgeld und mit fairer Ausbildungsvergütung. Es muss klar werden: Pflege ist ein Zukunftsberuf, eine Ausbildung in der Pflege lohnt sich und eröffnet Möglichkeiten für verschiedene Berufswege. Zehn Prozent mehr Auszubildende und Ausbildungseinrichtungen sind das Ziel unserer Ausbildungsinitiative Pflege – das hilft auch denen, die schon jetzt in der Branche arbeiten. Denn die Auszubildenden von heute sind die Profis von morgen.“

Bundesarbeitsminister Hubertus Heil: „Pflegekräfte verdienen Anerkennung und eine gute Bezahlung. Unser Ziel sind bessere Gehälter über Mindestlöhne, sowohl für Hilfs- als auch für Fachkräfte, und gleiche Bezahlung in Ost und West. Die rechtlichen Grundlagen sollen noch vor der Sommerpause

von der Bundesregierung beschlossen werden. Dann ist die Pflegebranche am Zug: Sie muss entscheiden, ob sie für bessere Löhne einen flächendeckenden Tarifvertrag abschließen kann, oder Mindestentgelte – wie bisher – über die Pflegekommission festgelegt werden sollen.“

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn: „Pflege muss wieder attraktiver werden. Das geht nur mit mehr Personal. Denn das entlastet nicht nur die einzelne Pflegekraft, sondern lässt auch mehr Zeit für die Betreuung der Pflegebedürftigen. Die Beschlüsse der Konzertierten Aktion sind ein Auftrag an alle Beteiligten. Und sie sind ein Versprechen an alle Pflegekräfte: Wir werden weiter dafür kämpfen, dass die Situation in der Pflege besser wird.“

Die Ergebnisse der Konzertierten Aktion im Detail

Mehr Ausbildung

Die neuen Pflegeausbildungen starten zum 1. Januar 2020. Ihre Einführung wird begleitet durch die „Ausbildungsinitiative Pflege“ (2019 – 2023). Hierzu wurde beschlossen:

- die Zahlen der ausbildenden Einrichtungen und der Auszubildenden bis 2023 im Bundesdurchschnitt um jeweils 10 Prozent zu steigern
- mit einer Informations- und Öffentlichkeitskampagne für die neuen Pflegeausbildungen zu werben
- durch die Verbände der Pflegeeinrich-

tungen mindestens 5.000 Weiterbildungsplätze zur Nachqualifizierung von Pflegehelferinnen und -helfern einzurichten

Mehr Personal

Menschen für den Pflegeberuf zu begeistern oder zur Rückkehr in den Beruf zu gewinnen, gelingt nur, wenn sie genügend Kolleginnen und Kollegen an der Seite, verlässliche Dienstpläne und gute Arbeitsbedingungen haben. Deshalb wurde vereinbart:

- ein Personalbemessungsverfahren für verbindliche Personalschlüssel für Pflegekräfte in Krankenhäusern zu erarbeiten.
- zügig die Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens für Pflegeeinrichtungen anzugehen
- die Fach- und Sprachausbildung für ausländische Pflegekräfte in den Herkunftsländern zu unterstützen.
- ein Gütesiegel für die Vermittler ausländischer Pflegekräfte zu entwickeln
- Pflegeheime und Krankenhäuser verpflichten sich zu mehr Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz.

Mehr Geld

Bislang wurden Pflegekräfte zu niedrig und sehr unterschiedlich entlohnt. Deshalb wurde vereinbart:

- die Entlohnungsbedingungen in der Altenpflege zu verbessern.
- nach Qualifikation differenzierte

Mindestlöhne zu entwickeln (mindestens für Pflegefach- und Hilfskräfte).

- einen für Ost und West einheitlichen Pflege Mindestlohn zu schaffen

Zur Umsetzung dieser Ziele kommen nach Auffassung der AG zwei unterschiedliche Wege in Betracht:

- die Festsetzung von Mindestlöhnen auf Vorschlag der Pflegekommission.
- ein Tarifvertrag, der auf der Grundlage des Arbeitnehmer-Entsendegesetzes unter Berücksichtigung des kirchlichen Selbstbestimmungsrechts flächendeckend erstreckt werden kann. (Mehrheitsposition)
- Die hierfür jeweils erforderlichen gesetzlichen Änderungen werden BMAS und BMG zügig auf den Weg bringen.

Außerdem bestand Einigkeit darüber,

- dass eine Verbesserung der Entlohnung eine verbesserte Finanzausstattung der Pflegeversicherung erforderlich macht.
- eine finanzielle Überlastung der Pflegebedürftigen durch steigende Eigenanteile zu verhindern ist.

Mehr Verantwortung

Die Kompetenzen der Pflegefachkräfte sollen gestärkt und ausgeweitet werden. Deshalb wurde beschlossen:

- den Verantwortungsbereich von Pflegekräften auszuweiten. Dafür werden u. a. Standards zur Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen (z. B. Ärzten) entwickelt. Das BMG startet diesen Prozess noch dieses Jahr.
- die bestehenden Möglichkeiten, Heilkunde auf Pflegefachkräfte zu übertragen, besser zu nutzen
- in Modellvorhaben ab 2020 zu erproben, dass Pflegefachkräfte Hilfsmittel bzw. Pflegehilfsmittel verordnen.

Mehr Digitales

Die Arbeit von Pflegekräften soll durch Digitalisierung erleichtert werden. Deshalb wurde beschlossen:

- Pflegeeinrichtungen an das TI-Daten-netz anzuschließen
- die Pflege mittelfristig komplett auf elektronische Datenverarbeitung umzustellen (elektronische Pflegeakte, Entlassmanagement, Verordnungen)
- Ab 1. Oktober 2022 sollen ambulante Pflegedienste Leistungen der Pflegeversicherung, ab 1. April 2023 auch Leistungen der häuslichen Kranken-pflege nur noch auf elektronischem Weg mit den Kassen abrechnen.
- Die Möglichkeiten der Telepflege (z. B. Beratung übers Netz) weiterzuentwickeln

Hintergrund

Um den Arbeitsalltag von Pflegekräften spürbar zu verbessern, haben das Bundesgesundheits-, das Bundesfamilien- und das Bundesarbeitsministerium im Juli 2018 die Konzertierte Aktion Pflege ins Leben gerufen. Zusammen mit den Ländern, Pflegeberufs- und Pflegeberufsausbildungsverbänden, Verbänden der Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser, den Kirchen, Pflege- und Krankenkassen, Betroffenenverbänden, der Berufsgenossenschaft, der Bundesagentur für Arbeit sowie den Sozialpartnern wurden fünf Arbeitsgruppen eingerichtet, um konkrete Schritte festzulegen:

- Arbeitsgruppe 1: Ausbildung und Qualifizierung
- Arbeitsgruppe 2: Personalmanagement, Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung
- Arbeitsgruppe 3: Innovative Versorgungsansätze und Digitalisierung
- Arbeitsgruppe 4: Pflegekräfte aus dem Ausland
- Arbeitsgruppe 5: Entlohnungsbedingungen in der Pflege.

Weitere Informationen sowie den Vereinbarungstext im Wortlaut finden Sie unter:
www.bundesgesundheitsministerium.de/konzertierte-aktion-pflege

KONGRESSPRÄSIDENTEN
Prof. Dr. Andreas Wiedemann
Evangelisches Krankenhaus Witten

PD Dr. Gert Naumann
Helios Klinikum Erfurt

TAGUNGSPRÄSIDENTEN AK UROLOGIE
Prof. Dr. Mark Goepel
Helios Klinikum Niederberg

Prof. Dr. Dr. Matthias Oelke
St. Antonius-Hospital Gronau

KONGRESSORGANISATION
KelCon GmbH · Juliane Bröhl
Tauentzienstraße 1 · 10789 Berlin
Tel. +49 (0)30 - 679 66 88-59
E-Mail: j.broehl@kelcon.de



 Deutsche
Kontinenz Gesellschaft

22.-23. November 2019
Messe Essen

Melden Sie sich jetzt an!

31. Kongress der Deutschen Kontinenz Gesellschaft

89. Seminar des Arbeitskreises Urologische Funktionsdiagnostik und Urologie der Frau

HIGHLIGHT-THEMEN

- Polypharmazie und Inkontinenz
- Diabetes und Inkontinenz
- Blasenfunktionsstörungen im Kindesalter
- Komplementärmedizin bei Inkontinenz
- Moderne konservative Therapie mit Pessar- und Stromanwendung
- Moderne operative Strategien bei Inkontinenz- und Deszensus Chirurgie
- Komplikationsmanagement nach fehlgeschlagener Sanierung

www.kontinenzkongress.de



- 17. August 2019 in Frankfurt
 - 24. August 2019 in Hannover
 - 28. September 2019 in Erfurt
 - 19. Oktober 2019 in München
 - 15./16. November 2019 in Berlin
 - 07. Dezember 2019 in Hamburg
- UPDATE SCHMERZMEDIZIN 2019**
Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin e.V.
Lennéstr. 9
10785 Berlin
Tel.: 030 85 62 188-0
Fax: 030 221 85 342
info@dgschmerzmedizin.de
www.dgschmerzmedizin.de



- 18.–21. September 2019 in Hamburg**
71. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie
Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V.
Uerdinger Str. 64
40474 Düsseldorf
Tel.: 02 11 / 51 60 96 - 0
Fax: 02 11 / 51 60 96 - 60
info@urologenportal.de
www.dgu-kongress.de



- 18.–19. September 2019 in Leipzig**
MEDCARE
Leipziger Messe GmbH
Messe-Allee 1
04356 Leipzig
Telefon +49 341 678-0
Telefax +49 341 678-8762
E-Mail: info@leipziger-messe.de
www.leipziger-messe.de



9.–12. Oktober 2019 in Mannheim

MitGefühl zum Schmerz
Deutschen Schmerzkongress 2019
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-380, -516
Fax: 0711 8931-167
E-Mails: arnold@medizinkommunikation.org
richter@medizinkommunikation.org
www.schmerzkongress2019.de



22.–23. November 2019

10. Internationaler Wundkongress
D-A-CH-EE
Universitätsklinikum Regensburg
Franz-Josef-Strauß-Allee 11
93053 Regensburg
Tel.: 0941 944-0
Fax: 0941 944-4488
E-Mail: Thomas.Bonkowski@ukr.de
www.ukr.de



- 05.–07. Dezember 2019 in Nürnberg**
2. Nürnberger Wundkongress
Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH
Carl-Pulfrich-Straße 1
07745 Jena
Telefon 03641 31-16-0
Telefax 03641 31 16-243
wuko@conventus.de
www.conventus.de



- 13. September 2019 in Dresden**
Tagung zur Vereinbarkeit von beruflicher Pflege und Angehörigenpflege
Evangelische Hochschule Dresden
Dürerstraße 25
01307 Dresden
Tel.: 0351 46902-10
Fax: 0351 46902-99
E-Mail: rektorat@ehs-dresden.de
www.doubledutycare.de



- 29. Februar 2020 in Bad Krozingen**
12. Freiburger Wundsymposium
Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH
Carl-Pulfrich-Str. 1
07745 Jena
Tel.: 03641 31 16-319
Fax: 03641 31 16-243
E-Mail: doreen.kuehle@conventus.de
www.conventus.de

MagSi®

STOMA
KONTINENZ
WUNDE

MAGAZIN

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

Erscheinungsmonate: April, August, Dezember

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

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

Die Bestellung ist innerhalb von 10 Tagen schriftlich widerrufbar.

Es gilt das Poststempel- oder Faxsendedatum.

Ja, ich möchte abonnieren!

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

Geldinstitut:

Kontonummer:

Bankleitzahl:

Unterschrift:

Absenderangaben

Titel:

Name, Vorname:

Straße, Haus-Nr.:

PLZ, Ort:

E-Mail:

Datum:

Unterschrift, Stempel:

Bitte senden Sie Ihre Bestellung an:

Marianne Franke – Sekretariat
FgSKW (Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde) e.V.
Niklaus-Groß-Weg 6 · 59379 Selm

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

Nr. 80 · 08/2019



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@dgfwd.de – www.dgfwd.de



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



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



Wannsee-Akademie
Ansprechpartnerin: Frau Barbara Loczenski
Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin
Tel.: 030/80686 – 040/100
E-Mail: akademie@wannseeschule.de
www.wannseeakademie.de



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



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



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



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

Mitgliedsverbände



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



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



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



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



Brigitte Sachsenmaier,
Sandra Müller,
Notburga Wehrle,
Werner Droste

Praktische Ausbildung leicht gemacht

Methodenbox für die Praxisanleitung in der Altenpflegeausbildung

Die Qualität der Ausbildung von Pflegekräften wird in der Zukunft mehr und mehr an Bedeutung gewinnen. So hat die Bundesregierung mittlerweile den Grundstein für eine gleichbleibend hohe Qualität mit der Festlegung der generalistischen Ausbildung gelegt. Die an der Ausbildung Beteiligten sind gefordert, nicht nur die theoretische Ausbildung sicherzustellen, sondern die Qualität auch innerhalb der praktischen Ausbildung sicher zu stellen. Doch wie gelingt dies im Praxisalltag, in denen die Zeiten für die Anleitung in der Pflege sehr knapp bemessen sind. Wie können hier zusätzliche Ressourcen für die Praxisanleitung mobilisiert werden?

Mit der Methodenbox erhält der Praxisanleiter zeitsparende Instrumente, die den Auszubildenden im selbstgesteuerten Lernen unterstützen.

Die Methodenbox besteht aus einem schriftlichen, gedruckten Teil. Darin finden Sie grundsätzliche Informationen zur praktischen Anleitung und zum Gebrauch der Methodenbox. Wenn der Leser der Inhalt anspricht, kann er sich zu einer Testversion

einloggen und spielerisch erkunden, wie er mit der Methodenbox in der Praxis die Anleitung gestalten kann. Entscheidet er sich nun für den Erwerb der Methodenbox, so erhält er den Onlinezugang zur Methodenbox. Er bekommt damit den vollständigen Zugang zu einer umfangreichen Datenbank mit vielen Anleitungsbeispielen, die er in der eigenen Praxis einsetzen kann. Den Zugang erwirbt er zunächst für 2 Jahre befristet. Nach 2 Jahren kann er die Zugangsberechtigung gegen eine Gebühr verlängern.

Die einzelnen Formulare sind so aufgebaut, dass man am eigenen Computer die Formulare individuell nach den eigenen Bedürfnissen anpassen kann. Man kann zum Beispiel das Logo der Einrichtung einfügen, die Fußnoten für das Qualitätsmanagement integrieren und die Inhalte individuell auf die Realität in der Einrichtung anpassen. Wenn am Computer das Formular online gestaltet wurde, generiert das Programm das fertige Anleitungsformular zum Ausdrucken.

Die ausgedruckten Formulare können nach den Anleitungen durch die Auszubildenden und die Mentoren handschriftlich ergänzt werden und als Ausbildungsnachweis genutzt werden. So führt der Praxisanleiter die praktische Anleitung in eine geregelte Struktur und aus der Zufälligkeit heraus.

Die Autoren

Brigitte Sachsenmaier

- Krankenschwester, Pflegeexpertin Stoma, Kontinenz und Wunde, Lehrerin für Pflegeberufe, zertifizierte Pflegesachverständige, Hygienebeauftragte in Einrichtungen der Pflege.
- Brigitte Sachsenmaier arbeitet seit über 20 Jahren als Freiberuflerin in der Fort- und Weiterbildung. Sie ist Kursleitung der Weiterbildung Pflegeexperte Stoma, Kontinenz und Wunde an der Wundmitte in Stuttgart.
- Ein weiterer Tätigkeitsschwerpunkt liegt in der Beratung und Schulung in Einrichtungen der Pflege zu dem Thema Hygiene und Pflege.
- Sie arbeitet als Pflegesachverständige und veröffentlichte zahlreiche Publikationen in den Fachbereichen.

Sandra Müller

- Krankenschwester, Praxisanleiterin/ Mentorin.
- Sandra Müller arbeitet seit über 20 Jahren in der Stationären und Ambulanten Pflege. Die ersten Jahre arbeitete sie auf einer orthopädischen Station im RKU Krankenhaus Ulm und seit 2005 auf der Sozialstation Erbach.
- Seit 2015 ist sie als Praxisanleiterin und Mentorin für die praktische Ausbildung der Schüler zuständig.

Notburga Wehrle

- Kinderkrankenschwester mit Berufserfahrung in der Neonatologie, Orthopädie und Chirurgie.
- Langjährige Erfahrung in der Altenpflege und palliativen Pflege, MH Kinaesthetics- Trainerin für Grund- und Aufbau-kurse, ABIA.
- Kurse für Auszubildende, Trainerin für Sturzprävention, Praxisanleitung.
- Dozentin für fachpraktischen Unterricht in der Altenpflegeschule, Dozentin in der Ausbildung für Betreuungskräfte nach § 87b bzw. § 43a SGB XI.

Werner Droste

- Krankenpfleger, Pflegeexperte Stoma, Kontinenz und Wunde.
- Die Schwerpunkte der über 35-jährigen Arbeit im Gesundheitswesen sind insbesondere die interdisziplinäre und sektorenübergreifende Arbeit im Krankenhaus- und Homecare-Markt.
- Leitende Tätigkeiten im Außendienst von bundesweit tätigen Homecare-Unternehmen.
- Seit 2010 selbstständige Tätigkeit als Berater im Gesundheitswesen mit den Schwerpunkten Fachpflege Stoma und Kontinenzförderung sowie Bildung und Koordination von Netzwerkstrukturen in der sektorenübergreifenden Patientenbegleitung.
- Zahlreiche Fachvorträge und -artikel, Mitautor von Fachliteratur, Dozent an Weiterbildungsstätten.



<https://app.pflegeexperten-wissen.de>



ERSTATTUNGSFÄHIGES
HILFSMITTEL

Diveen® ist ein intravaginales Medizinprodukt für Frauen mit Blasenschwäche.

Mit Diveen® bieten wir betroffenen Frauen 12 Stunden diskrete Kontinenzkontrolle.



Detaillierte Informationen über Diveen® und dessen Anwendung finden sie unter:

www.bbraun.de/diveen

Einfach QR-Code mit der Kamera Ihres Smartphones oder geeigneten Reader Applikationen einscannen.

Diveen® macht das Leben leichter

STRESS- / BELASTUNGSINKONTINENZ

Neue zertifizierte Fortbildung zum Spezialist-/in für Stomapflege im CBG Kassel



Beruflich Pflegende stellen eine wichtige Unterstützung dar für die Anpassung von Menschen an ein Leben mit dem Stoma. Ihre Fachkompetenz, ihre Wahrnehmungs- und Beratungskompetenz, ihre Kompetenz zur (Weiter-)Entwicklung des Pflegekonzeptes für Menschen mit einer Stoma-Anlage entscheidet in erheblichem Masse über ein gelungenes Leben mit einem Stoma. Dieses während und auch nach einem Krankenhausaufenthalt vorhandene Beratungsangebot bestimmt nachhaltig den Erfolg der Rehabilitation.

Damit die Versorgungskonzepte für Menschen mit einer Stoma-Anlage auch wirksam werden können, bedarf es

spezieller Fachkenntnis der betreuenden und beratenden Pflegekräfte. In Kassel wurde nun unter der Leitung von Prof. Bernd Reith der erste Fortbildungskurs für Spezialisten in der Stomapflege erfolgreich zum Abschluss gebracht. Die evidenzbasierte Pflegepraxis bezieht dabei im Rahmen dieser Bildungsmaßnahme das aktuelle theoretische Wissen, die Erfahrungen der Pflegenden, die Ressourcen, Vorstellungen und Wünsche des Patienten in seiner Lebenswelt mit in die pflegerische Einzelfall-Entscheidung ein.

Das Grundlagenwissen zur Durchführung evidenzbasierter Pflege und Versorgung von Menschen mit unter-

schiedlichen Stomaanlagen haben nun vier Pflegenden aus Kasseler Kliniken in dieser neuen **zertifizierten Fortbildung** zum/zur **Spezialist/-in für Stomapflege** erworben.

Inhalte

Zu den wesentlichen Inhalten gehören relevante Themen der Gesundheits- und Krankheitslehre, Kommunikation, Anleitung, Schulung, Beratung, Zubehör und Bandagen, psychosoziale Situation und Sexualität, Ernährung und Freizeit, Stoma- und Wundtherapie sowie Maßnahmen vor Rückverlegung.

Praxistag

Ein Praxistag (Hospitation unter Anleitung eines Stomatherapeuten in einer Einrichtung) ermöglicht den Teilnehmerinnen und Teilnehmern die erworbenen Kenntnisse in die Praxis zu transferieren sowie anschließend zu reflektieren.

Abschluss

Zum Ende der Fortbildung setzten sich die Teilnehmerinnen in Form einer Facharbeit mit einem frei gewählten Thema aus dem Bereich der Stomaver-sorgung schriftlich auseinander.

Im Rahmen eines Abschlusskolloquiums stellten sich die Teilnehmerinnen darüber hinaus noch einer kritischen fachlichen Diskussion, in dem sie ihren pflegerischen Standpunkt zum gewählten Thema der Facharbeit entwickelten und diese argumentativ vor einem Prüfungsausschuss vertraten.



Die Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz, Wunde e.V. unterstützt dieses spezielle Fortbildungsangebot sehr gerne und setzt damit ihren satzungsgemäßen Auftrag zur Förderung der Stomaversorgung in der Bundesrepublik Deutschland um.

Möglicherweise sind die Teilnehmenden nun so neugierig darauf geworden, ihre Kenntnisse und Fertigkeiten mit der Weiterbildung zu Pflegeexperten Stoma, Kontinenz und Wunde nach dem Curriculum der FgSKW e.V. auszubauen und zu vertiefen.

Termine

Der nächste Kurs zur/m Spezialist/-in für Stomapflege im CBG Kassel startet am: 20.04.2020 und endet am 19.06.2020

Zeiten

Die Fortbildungszeiten sind jeweils in der Zeit zwischen 14.15 -17.30 Uhr plus

ein Praxistag und ein Abschlusskolloquium an einem Samstag.

Ort

CBG Christliches Bildungsinstitut für Gesundheitsberufe gGmbH, Kassel, Herkulesstraße 36

Anmeldung und Information


Christliches Bildungsinstitut für
Gesundheitsberufe

Herkulesstraße 36
34119 Kassel
Tel.: (05 61) 3 16 76 - 16
Fax: (05 61) 3 16 76 - 11
E-Mail: iris.mueller-wetekam@cbg-net.de
Internet: www.cbg-net.de

Ansprechpartner
Prof. Dr. med. H. Bernd Reith
(Ärztliche Leitung)
Iris Müller-Wetekam
(Leitung der Fortbildung)

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

Diakonisches Institut für Soziale Berufe
Frau Birgit Muth
Bodelschwinghweg 30
89160 Dornstadt
Tel.: + 49 73 48 98 74 0
Fax: + 49 73 48 98 74 30
E-Mail: info@diakonisches-institut.de
www.diakonisches-institut.de

DAA – Deutsche Angestellten Akademie
Institut Nordhessen/Zweigstelle Kassel
Frau Andrea Schmidt-Jungblut
Angersbachstr. 4
34127 Kassel
Tel.: + 49 561 807 06 0
Fax: 0561 80706-188
E-Mail: Andrea.Schmidt-Jungblut@daa.de
www.daa-kassel.de

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

Wannsee-Akademie
Frau Barbara Loczenski
Zum Heckeshorn 36
14109 Berlin
Tel.: 030 / 806 86 412
Fax: 030 / 806 86 404
E-Mail: blocczenski@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

Wundmitte GmbH
Frau Sabrina Gaiser-Franzosi
Gewerbestr. 36
70565 Stuttgart
Tel.: 0711 508 734 26
Fax: 0711 508 734 67
E-Mail: info@wundmitte.de
www.wundmitte.de

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



Die nächste Ausgabe Ihrer

MagSi® Magazin
Stoma · Kontinenz · Wunde

erscheint im Dezember 2019

Herausgeber

FgSKW (Fachgesellschaft
Stoma, Kontinenz und Wunde) e.V.
Herr Werner Droste
Nikolaus-Groß-Weg 6
59379 Selm
Tel.: +49 (0) 25 92 / 97 31 41
Fax: +49 (0) 23 06 / 3 78 39 95
E-Mail: info@fgskw.org
Internet: www.fgskw.org
ISSN 1863-1975

Erscheinungsmo-nate

April, August, Dezember

Redaktionsschluss

1. Februar, 1. Juni, 1. Oktober

Anzeigen- und Beilagenschluss

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

Redaktion + Autorenbeiträge

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

Gestaltung

Spectra – Design Et Verlag
Eichenstraße 8
73037 Göppingen
Tel.: (07161) 789 25
Fax: (07161) 137 80
E-Mail: info@spectra-design.de

Druck

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

Anzeigenverwaltung,

Verkauf und Versand

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

Abonnement

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

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

Zielgruppen

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

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

Bankverbindung

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

Geschäftsbedingungen

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

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

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

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

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

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

Wählen Sie die Versorgung

mit integriertem Vertrauen

Hollister Stomaversorgungen
mit Hafrand



*Stomaversorgungen mit Hafrand
sind für ein- und zweiteilige
Beutelsysteme erhältlich.*

Stomaversorgungen mit Hafrand bieten
Flexibilität, die jede Körperbewegung
mitmacht, sich dehnt und anpasst:
für eine sichere Passform

Überzeugen Sie sich selbst, was Stomaversorgungen mit Haft-
rand leisten können und fordern Sie Ihr kostenloses Muster an!
Tel.: **0800 / 101 50 23** oder auf **www.hollister.de/hafrand**

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



Das Hollister Logo und "Gesunde Haut Gute Aussichten" sind Markenzeichen von Hollister Incorporated.
© 2019 Hollister Incorporated

Stomacare-Bandage

HydroActive

Schutz und Sicherheit im Wasser

Dies ist der Wunsch vieler Stomaträger. Daher haben wir speziell für den Einsatz im Wasser (Schwimmen, Sauna, Duschen, Wassergymnastik, Therapieanwendungen etc.) das Modell „HydroActive“ entwickelt. Die Bandage besteht aus einem atmungsaktiven Neopren-Material und kann

bedenkenlos sowohl im Süß- als auch im Salzwasser getragen werden. Mit der Anwendung wird die Stomaversorgung sicher fixiert und abgedeckt. So wird Stomaträgern auch während der Aktivitäten im Wasser ein optimaler Schutz und das Gefühl von Sicherheit und Diskretion geboten.



Basko Healthcare

Deutschland: 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

Österreich: Office Park I, Top B02, 1300 Wien Flughafen
Tel.: +43 (0) 1 2 83 53 30, Fax: +43 (0) 1 2 83 62 62
E-Mail: verkauf@basko.com

basko.com



Detaillierte Info
unter basko.com