



STOMA  
KONTINENZ  
WUNDE

# Pflege Preis 2012

Eine Anerkennung  
für professionelle Leistungen  
in den Bereichen

**Stoma • Kontinenz • Wunde**

€4,30



---

# Kontinenz und Stomarückverlagerung

## Wann ist die Arbeit der Pflegeexperten für Stoma-Kontinenz-Wunde beendet?

---

---

Diakonisches Institut für soziale Berufe

Bodenschwingweg 30

89160 Dornstadt

Weiterbildung Pflegeexperte Stoma-Kontinenz-Wunde

Kurs II / 2010

**Heike Schott**

---

---

# Inhaltsübersicht

---

1	Einleitung	9.1.2	Stuhlregulierende Maßnahmen
2	Erfahrungsbericht	9.1.3	Intimpflege
3	Anatomie und Physiologie	9.1.4	Rektale Irrigation
3.1	Rektum	9.1.5	Analtampon
3.2	Beckenboden	9.1.6	Aufsaugende Inkontinenzversorgung
4	Stomaanlagen	9.2	Physikalische Therapie
4.1	Indikationen für temporäre Stomaanlagen	9.2.1	Beckenbodentraining
4.2	Operationstechniken	9.2.2	Biofeedback
5	Rückverlagerung	9.2.3	Elektrostimulation / Magnetstimulationstherapie
5.1	Was ist eine Rückverlagerung	9.3	Medikamentöse Therapie
5.2	Wann erfolgt eine Rückverlagerung?	9.4	Operative Therapie
5.3	Was passiert mit dem ruhig gestellten Darmabschnitt bis zur Rückverlagerung?	9.4.1	Sphinkter-Rekonstruktion
5.4	Aufklärung vor der Rückverlagerung	9.4.2	Sphinkter-Raffung
6	Stuhlinkontinenz	9.4.3	Dynamische Graziis-Plastik
6.1	Formen der Stuhlinkontinenz / Gradeinteilung	9.4.4	Sphinkter-Ersatz
6.2	Ursachen der Stuhlinkontinenz	9.4.5	Sakrale Nervenstimulation
6.3	Häufigkeit	9.4.6	Neuere experimentelle Verfahren
6.4	Diagnostik	9.4.7	Stoma
7	Ist-Analyse	10	Psychosoziale Aspekte der Stuhlinkontinenz
8	Auswertung Fragebögen	10.1	Angebote zur Entlastung
9	Therapie	11	Zusammenfassung/Fazit
9.1	Konservative Therapie		Literaturverzeichnis
9.1.1	Ernährung		Bildnachweis
			Anhang

---

# 1 Einleitung

---

Die Weiterbildung zum Pflegeexperten für Stoma – Kontinenz – Wunde am Diakonischen Institut in Dornstadt geht dem Ende zu. Dazu gehört die Erstellung einer weiteren Facharbeit. Über die Wahl meines Themas habe ich mir zahlreiche Gedanken gemacht. Vieles war für mich interessant. So stand zum einen für mich die Frage:

*Hat sich mit der Einführung der Stomapauschalen die Versorgung der Patienten qualitativ und quantitativ verändert?*

Die erste Einschätzung von mir war, dass sich rein theoretisch bei einer qualitativ richtigen Versorgung nichts verändert haben dürfte. Die Beschaffung der erforderlichen Daten stellte sich jedoch sehr schwierig dar. Zum anderen wollte ich aber auch die Problematik der Stuhlinkontinenz nach Stomarückverlagerung hinterfragen. In diesem Zusammenhang wäre zu klären:

*Ist es sinnvoll, die Patienten weiter zu betreuen?  
Wann ist die Arbeit eines Pflegeexperten beendet?  
Wie können die erworbenen Erkenntnisse in Zukunft umgesetzt werden?*

Es folgten endlose Recherchen mit einer unheimlichen Informationsflut zum Thema Stuhlinkontinenz. Mir wurde immer mehr bewusst, dass sich dieses „Tabuthema“ als sehr umfangreich darstellt und ich in Zukunft auch in meinem eigenen Arbeitsumfeld einiges überdenken und ändern muss, um eine qualitativ hochwertige Versorgung der mir anvertrauten Patienten zu gewährleisten. Mir ist aufgefallen, dass sich bisher kaum jemand um die Patienten nach einer Stomarückverlagerung gekümmert hat – die Patienten fallen in eine sogenannte Grauzone. Somit war der Grundstein für die Facharbeit gelegt.

Mein persönliches Ziel dieser Arbeit ist es, Reserven in der Beratung und Versorgung aufzudecken, die in Zukunft in unserer Arbeit mit berücksichtigt werden können. Die Bindung zum Patienten besteht bereits und muss nur aufrecht erhalten bleiben. Wichtige Schritte auf dem Wege der Rehabilitation bzw. Wiedereingliederung in das gewohnte soziale Umfeld sollten Früherkennung und Beratung sowie eine den individuellen Bedürfnissen des Betroffenen angepasste Versorgung sein. Hierzu ist eine Zusammenarbeit im interdisziplinären Team erforderlich. Zu Beginn dieser Arbeit werde ich kurz die Anatomie und Physiologie von Rektum und Beckenboden darstellen. Es folgt eine Erläuterung der Indikationen für Stomaanlagen und der Operationstechniken. Im weiteren Verlauf wird die Rückverlagerung erörtert, d.h., was ist eine Rückverlagerung, wann kann sie erfolgen und was passiert mit dem ruhig gestellten Darmabschnitt bis dahin. Als wichtiger Bestandteil wird hier die Aufklärung des Betroffenen vor der Rückverlagerung eruiert. Im Anschluss

habe ich mich mit der Definition sowie den Formen und Ursachen, der Häufigkeit und den diagnostischen Maßnahmen der Stuhlinkontinenz auseinandergesetzt. Anschließend folgt die Analyse der allgemeinen Situation. Für die Widerspiegelung im eigenen Arbeitsumfeld habe ich einen Fragebogen erstellt und die Ergebnisse entsprechend ausgewertet. Des Weiteren werden die therapeutischen Möglichkeiten aufgezeigt. Abschließend zu diesen Punkten folgen noch psychosoziale Aspekte und Angebote zur Entlastung. Beginnen möchte ich mit einem Erfahrungsbericht einer betroffenen Patientin.

---

## 2 Erfahrungsbericht einer betroffenen Patientin

---

Erfahrungsbericht von Frau B. nach Stomarückverlagerung „Wegen einer Rektum-Scheiden-Fistel wurde mir von meinem behandelnden Chirurgen geraten, vorübergehend ein Stoma anlegen zu lassen. Für mich brach eine Welt zusammen. Hatte ich doch schon genug Probleme mit den ständigen Absonderungen aus der Fistel. Und jetzt sollte ich mir zu allem Übel auch noch einen Beutel auf den Bauch kleben! Der Arzt versuchte mich zu beruhigen und versprach mir, dass er mir eine Stomaschwester vorbei schicken würde. Gesagt, getan. Nach einem ausführlichen Gespräch mit dieser Schwester war mir dann auch nicht mehr so bang, ich wusste ja nun, was auf mich zukommen würde. Während der Phase bis zur Rückverlegung habe ich mit ihr viele Dinge besprechen können, die in Bezug auf die Rückverlegung von Bedeutung sein würden. So hat sie mir zum Beispiel schon frühzeitig dazu geraten, mit dem Beckenbodentraining zu beginnen. Diese Empfehlung habe ich sehr ernst genommen, da mir die Wichtigkeit dieser Maßnahme von ihr sehr bewusst gemacht worden ist. Dann war es endlich soweit. Nach dem dritten Anlauf zur Rückverlegung und 21 Monaten mit dem Beutel konnte die Operation durchgeführt werden. Nachdem mein Darm seine Funktion wieder aufgenommen hatte und der Stuhl nun wieder auf „normalem“ Weg meinen Körper verlassen konnte, fühlte ich mich wie ein neuer Mensch. Die Ernüchterung kam aber ziemlich schnell. Ich konnte meinen Schließmuskel nicht wirklich kontrollieren und bin ständig zur Toilette gerannt. Ich konnte nicht einschätzen, ob es nur Winde waren oder doch wieder dünne Ausscheidungen. In den folgenden Monaten musste ich meinen Tagesablauf an die Aktivitäten meines Darmes anpassen. Mein Bewegungsradius war entsprechend eingegrenzt. Ich konnte keine spontanen Entscheidungen mehr treffen. Wenn ich das Haus verlassen wollte, musste ich mir genau überlegen, wo sich die nächste öffentliche Toilette befindet. Da habe ich mir die Zeit mit dem Stomabeutel manchmal wieder herbei geseht. Von meinem behandelnden Arzt wurde mir aber immer wieder versichert, dass ich Geduld haben sollte. Also versorgte ich mich mit entsprechenden Vorlagen und probierte verschiedene Salben, um meinen wunden After zu beruhigen. Insgesamt fühlte ich mich schlechter als vor der Rückverlegung.

Ich konnte auch keinen Zusammenhang erkennen in Bezug auf meine Ernährung und die Ausscheidung. Von meinem Arzt erhielt ich dann vorübergehend Loperamid verordnet, damit sich mein Stuhl eindicken konnte. Er gab mir außerdem noch die Empfehlung, unterstützend mit Mucofalk meine Darmtätigkeit zu regulieren.

Nach ungefähr sechs Monaten hatte ich das Gefühl, dass ich meinen Darm langsam wieder kontrollieren konnte. Zufällig traf ich meine Stomaschwester in der Klinik wieder, als ich zu einer Nachuntersuchung bestellt worden bin. Wir haben uns lange über meine Erfahrungen unterhalten und sie hat mir noch einige Tipps mit auf den Weg gegeben. Sie hatte mir schon vor der Rückverlegung angeboten, dass sie mich bei Problemen wieder besuchen würde.

Aber ich habe dieses Angebot nicht genutzt – leider. Vielleicht wären mir da einige unangenehme Erfahrungen erspart geblieben. Im Nachhinein ist man ja bekanntlich schlauer. Heute, ein Jahr nach der Rückverlegung, bin ich in der Lage, mein Leben wieder selbst zu bestimmen und mein Darm funktioniert wieder normal. Für mich wäre es wichtig gewesen, wenn ich von meinen Ärzten mehr über die Rückverlegung und die damit verbundenen Probleme mit dem Schließmuskel erfahren hätte. Als Betroffener fühlt man sich da allein gelassen.“

---

## 3 Anatomie und Physiologie

---

Zu Beginn möchte ich die Anatomie und Physiologie von Rektum und Beckenboden kurz darstellen.

---

### 3.1 Rektum

---

Der Mastdarm (Rektum) hat eine Länge von 10-15 cm und folgt in seinem Verlauf der Kreuzbein-Steißbein-Krümmung. Er liegt als einziges Verdauungsorgan im dorsalen Beckenbereich und besteht aus Mastdarmampulle (Ampulla recti) und Analkanal (Canalis analis) und bildet den unteren Teil des Dickdarms.

Die Mastdarmampulle ist stark dehnungsfähig und dient als Speicherorgan der Fäzes bis zur Defäkation. Der Analkanal schließt sich ohne scharfe Grenze ab der Biegung des Rektums nach vorn an die Ampulla recti an und endet mit dem Anus. Im Unterschied zum Kolon besitzt das Rektum keine Taenien, Haustren und Fettanhängsel, dafür aber reichlich schleimproduzierende Becherzellen.

Der Verschluss des Afters erfolgt durch zwei ringförmige Schließmuskeln, den inneren unwillkürlichen (glatte Muskulatur) und den äußeren willkürlichen Afterschließmuskel (quer gestreifte Muskulatur) sowie einen Schwellkörper, welcher wie ein Ring vor dem After liegt.

Der willkürliche Schließmuskel kann im Normalfall willentlich beeinflusst werden.

Das Rektum bildet in Verbindung mit dem Schließmuskel das eigentliche Kontinenzorgan. Bei Kontraktion der

Schließmuskeln wird der Blutabfluss über die Venen behindert, die Längsfalten legen sich aneinander und verschließen den Analkanal. Über die Mastdarmschleimhaut können Wirkstoffe resorbiert werden, z.B. Laxantien oder Analgetika.

Diese gelangen über das Blut, ohne Leberpassage (möglicher Abbau), direkt zu den Wirkorten. Die Hauptaufgabe von Rektum sowie Colon besteht darin, den Stuhlgang durch den Entzug von Flüssigkeit einzudicken sowie zu speichern (Trebsdorf 2009, 297-298).

---

## 3.2 Beckenboden

---

Der Beckenboden ist der untere Abschluss des Bauchraumes, er „trägt“ die Bauchorgane (Deutsche Kontinenz Gesellschaft 2011, 9).

Der Beckenboden besteht aus den Dammmuskeln und den dazugehörigen Faszien, die zwei Muskelplatten bilden.

Der Beckenboden wird unterteilt in das

- Diaphragma urogenitale (vorn) – eine 1 cm dicke Muskelplatte zwischen den Schambeinästen, gebildet von den queren Dammmuskeln und dem Harnröhrenschließmuskel
- Diaphragma pelvis (hinten) – innere nach unten gewölbte trichterförmige Muskelplatte des Beckenausgangs, gebildet vom Afterheber und äußeren Afterschließmuskel.

Durch den Beckenboden treten von vorn nach hinten die folgenden Organe:

- bei der Frau Harnröhre, Scheide und Mastdarm,
- beim Mann Harnröhre und Mastdarm.

Folgende Funktionen hat die Beckenbodenmuskulatur:

- schließt den Beckenbodenraum ab und trägt die inneren Organe,
- wirkt bei der Bauchpresse sowie beim Husten und Niesen mit,
- ist Teil des Geburtskanals, sichert die Lage der Organe im Beckenraum, wirkt beim Verschluss von Harnröhre und After mit, Teile der Beckenbodenmuskulatur bilden die äußeren willkürlichen Schließmuskeln von Harnröhre und After,
- wirkt bei der Verengung der Scheide mit (Trebsdorf 2009, 175).

---

## 4 Stomaanlagen

---

In den folgenden Ausführungen werden die Indikationen für eine temporäre Stomaanlage kurz erklärt. Im Anschluss folgt die Aufzählung der verschiedenen Operationstechniken. Auf die ausführliche Beschreibung wird aber verzichtet, um den Rahmen der Facharbeit nicht zu sprengen.

---

## 4.1 Indikationen für temporäre Stomaanlagen

---

Indikationen für eine temporäre Stomaanlage können chronisch entzündliche Darmerkrankungen, Fisteln und ausgedehnte anale Abszesse sowie das Vorliegen einer Tumorerkrankung sein. So wird zum Beispiel ein sogenanntes Deviationsstoma (Umleitung, Darmausgang vor der nachgeschalteten Stuhlpassage) im Dünn- oder Dickdarmbereich bei entzündlichen Darmerkrankungen angelegt, um bestimmte Darmabschnitte von der Stuhlpassage auszuschließen. Einen weiteren Grund zum Ausschalten von bestimmten Darmabschnitten stellt der Schutz der Anastomose (Darmnaht), auch protektives Stoma genannt, dar. Diese Indikation steht u.a. bei ausgedehnten Fisteln im Analbereich (Schürmann 2001).

Die Anlage eines Stomas kann auch nach einer traumatischen Verletzung erforderlich sein, welche u.a. durch einen Verkehrsunfall oder durch Stich-, Pfählungs- oder Schussverletzungen verursacht werden. Je nachdem, welcher Darmabschnitt verletzt wurde, kommt es zur Anlage eines doppelläufigen Ileostomas oder Transversostomas bzw. endständigen Colostomas.

---

## 4.2 Operationstechniken

---

### Anteriore Rektumresektion / Tiefe anteriore Rektumresektion

Die Anlage eines doppelläufigen Stomas im Bereich des Transversums oder des Ileums erfolgt zur Sicherheit und zum Schutz der Anastomose mit dem Ziel, die linke Flexur mehr zu mobilisieren. Der Darm wird bei der Rückverlegung wieder zusammen gesetzt, die Kontinenz bleibt erhalten (Gruber 2011) (Hart 2011).

### Subtotale Kolektomie

Entfernt wird der gesamte Dickdarmrahmen (gesamtes Kolon und ein Teil des Rektums), der Rektumstumpf mit dem Schließmuskel bleibt erhalten und es wird ein Ileostoma vor der ileorektalen Anastomose angelegt. Bei dieser Operation kann ein Pouch, ein aus Dünndarm-schlingen geformtes Reservoir, zur Erhaltung der Kontinenz gebildet werden (Durst / Rohen 1998, 725)

### Hemikolektomie rechts

Betroffen sind die letzten ca. 15 cm des Dünndarms, Zäkum mit Appendix, Colon ascendens und rechte Flexur sowie etwa das rechte Drittel des Querdarms (Abb.6). Die Passage wird rekonstruiert durch eine Ileotransversostomie und die Anlage

eines doppelläufigen Ileostomas zum Schutz der Anastomose (Durst / Rohen 1998, 719-721) (Dudek 2012).

### Hemikolektomie links

Diese Operation reicht von der linken Hälfte des Querdarms bis zum retrosigmoidalen Übergang (linke Flexur, Colon descendens, Colon sigmoidum bis oberes Rektum). Es wird eine End-zu-End-Anastomose zwischen der rechten Querdarmhälfte und dem Rektum hergestellt (Transverso-Rektostomie). Zum Anastomosenschutz kann eine protektive Stomaanlage erforderlich sein. (Durst / Rohen 1998, 723) (Dudek 2012).

### Operation nach Hartmann (Inkontinenzresektion)

Nach der Resektion des erkrankten Rektumabschnitts wird eine endständige Sigmoido- oder Descendostomie angelegt. Der Rektumstumpf wird blind verschlossen, eine spätere Rückverlegung ist möglich (Gruber 2011) (Dudek 2012). Der Vollständigkeit halber soll die Abdomino-perineale Rektumexstirpation noch aufgeführt werden, wobei bei dieser Operation aber wegen der Entfernung des Kontinenzorgans keine Möglichkeit der Rückverlagerung des Stomas besteht. Im nächsten Kapitel wird eruiert, was unter dem Begriff Rückverlagerung zu verstehen ist, wann diese durchgeführt werden kann und was mit dem stillgelegten Darmabschnitt in diesem Zeitraum passiert. Im Anschluss gehe ich dann auf die Aufklärung vor der Rückverlagerung ein.

---

## 5 Rückverlagerung

---

Prinzipiell ist davon auszugehen, dass bei dem größten Teil der temporären Stomaanlagen eine Rückverlagerung möglich ist. Zu berücksichtigen ist aber immer der Heilungsverlauf der Grunderkrankung und der Allgemeinzustand des Patienten.

---

### 5.1 Was ist eine Rückverlagerung?

---

Bei dieser Operation werden bei einem doppelläufigen Stoma die beiden Darmschenkel aus der Bauchdecke heraus präpariert und getrennt und nach einer Segmentresektion durch eine End-zu-End-Anastomose wieder vereinigt (Durst / Rohen 1998, 709).

Bei einem endständigen Stoma wird der zuführende Schenkel aus der Bauchdecke präpariert und an den abführenden Schenkel angeschlossen, welcher bis dahin blind verschlossen im Bauchraum verblieben ist.

---

## 5.2 Wann erfolgt eine Rückverlagerung?

---

Wurde das Stoma zum Schutz der Anastomose angelegt, erfolgt die Rückverlagerung des Stomas in der Regel frühestens nach 6 bis 12 Wochen.

Ungefähr 10 bis 14 Tage nach der Operation entstehen Verwachsungen, welche sich nach etwa 3 Monaten wieder verschlanken und nach dieser Zeit leichter zu trennen sind. Der Zeitpunkt der Rückverlagerung wird immer individuell entschieden, je nachdem, welche Indikation zur Anlage des Stomas geführt hat.

Vor der Rückverlagerung wird der Heilungsverlauf der Anastomose überprüft. Dies kann durch eine Kontrolle des ausgeschalteten Darmabschnittes mittels Röntgenkontrastmittel und / oder eine Darmspiegelung geschehen (Stomasprechstunde.de 2007).

Durch eine Sphinkter- Manometrie wird vor der Operation die Funktion des Schließmuskels kontrolliert, da ein intakter Schließmuskel die Voraussetzung für eine erfolgreiche Rückverlagerung des Stomas ist.

Zudem müssen begleitende Maßnahmen wie eine Chemotherapie oder Bestrahlung abgeschlossen sein und Entzündungen im Darm wie zum Beispiel bei Morbus Crohn abgeheilt sein. In diesem Fall muss sich der Darm vollständig erholt haben, was bei schwerem Verlauf auch 9-12 Monate dauern kann (Coloplast 2012, 13) (Stomasprechstunde.de 2007).

---

## 5.3 Was passiert mit dem ruhig gestellten Darmabschnitt bis zur Rückverlagerung?

---

In der Zeit bis zur Rückverlagerung des Stomas bildet sich die Schleimhaut zurück, die einzelnen Schichten werden dünner und es kommt zu Einschränkungen in der Funktion bis hin zum vollständigen Funktionsverlust.

Mit der Rückverlagerung des Stomas ist das Problem nicht behoben.

Die Darmflora muss sich erst langsam und allmählich wieder aufbauen, damit die Rückresorption von Flüssigkeit sowie Nährstoffen wieder in vollem Umfang gewährleistet werden kann.

Ein nicht zu unterschätzendes Problem stellt die Erschlaffung des Schließmuskels dar, wenn er nicht bis zur Rückverlagerung durch ein Schließmuskeltraining weiter beansprucht wird. Bei geplanten Rückverlagerungen kann zur diagnostischen Vorbereitung und zur Anastomosenskontrolle die Spülung des aboralen Darmschenkels des doppelläufigen Stomas erfolgen.

So kann geprüft werden, wie lange die Flüssigkeit gehalten werden kann, d.h., ob der Schließmuskel in der Lage ist, flüssigen Stuhlgang zurückzuhalten.

---

## 5.4 Aufklärung vor der Rückverlagerung

---

In diesem Zusammenhang muss geklärt sein, wann die Aufklärung über die mögliche Stomarückverlagerung stattfinden soll. Von Bedeutung ist hier auch, durch wen und in welchem Umfang sie erfolgen soll.

- Welche Informationen bekommt der Patient über mögliche Komplikationen?
- Werden unterstützende Maßnahmen oder Nachsorgeprogramme angeboten?
- Gibt es eine Beratungsstelle für Betroffene?

Diese Fragen und mehr stehen im Raum. Im Normalfall wird schon vor der Stomaanlage während des ärztlichen Aufklärungsgesprächs über einen möglichen Wiederanschluss des ausgeschalteten Darmabschnittes gesprochen.

In dieser Phase sind die meisten Betroffenen aber mit der Situation überfordert und nicht in der Lage, alle besprochenen Details zu behalten. Fragen über den Ablauf bis zur Rückverlagerung werden in dieser Situation kaum angesprochen. An dieser Stelle kann die Stomatherapie einen großen Beitrag leisten, da die Betroffenen in dieser Zeit von entsprechenden Fachexperten betreut werden und die Möglichkeit besteht, diese Themen intensiv zu besprechen. Dadurch könnte man auch erreichen, dass keine Fragen offen bleiben bzw. die Antworten richtig verstanden werden. Der ideale Zeitpunkt für die Beratung kann so individuell gefunden werden.

Für einen reibungslosen Heilungsverlauf nach der Rückverlagerung ist es von großer Bedeutung, dass der Schließmuskel richtig funktioniert.

Deshalb sollten die Betroffenen schon vor der Rückverlagerung mit einem Beckenboden- und Schließmuskeltraining beginnen. Ebenfalls werden Empfehlungen zur Ernährung und Informationen über die Zeit nach der Rückverlagerung und eventuell auftretende Probleme gegeben.

Es kann nie vorausgesagt werden, wie sich die Kontinenzsituation nach der Operation darstellen wird.

In einigen Fällen kann es daher besser sein, wenn der Betroffene sein Stoma auf Dauer behält, anstatt nach der Rückverlagerung mit Kontinenzproblemen leben zu müssen (Coloplast 2012, 13).

---

## 6 Stuhlinkontinenz

---

Nachfolgend werden die Begriffe Defäkation und Stuhlinkontinenz sowie die Entstehung der Stuhlinkontinenz erläutert.

Weiterhin werden die Formen, Ursachen und die Häufigkeit

der Stuhlinkontinenz sowie die Möglichkeiten der Diagnostik dargelegt.

### Definition Defäkation

Die Stuhlentleerung (Defäkation) ist ein physiologischer, reflexartig ablaufender Vorgang, welcher willentlich beeinflusst werden kann. Hierbei wird das Rektum entleert und die unverdaulichen Nahrungsbestandteile (Fäzes) ausgeschieden. Die Kontrolle über die Defäkation bezeichnet man als Kontinenz, den Kontrollverlust als Inkontinenz. Die Defäkation kommt zustande durch:

- das Erschlaffen der Afterschließmuskeln,
- die Anspannung der Längsmuskulatur des Rektums,
- die unterstützende Anspannung von Zwerchfell und Bauchmuskeln (Bauchpresse) (Gehart / Haase / Simon-Jödicke 2007, 350) (Antwerpes o.J.).

### Definition Stuhlinkontinenz

Stuhlinkontinenz bedeutet, dass die erworbene Fähigkeit, den Stuhlort- und zeitgerecht abzusetzen, eingeschränkt oder verloren gegangen ist.

Als Folge kommt es zum unwillkürlichen Verlust von Darminhalt, wie Gas, Darmschleim oder Stuhl (Herold / Sprockamp / Dlugosch 2005, 9) (Deutsche Kontinenz Gesellschaft 2011, 4).

Zu den äußerst unangenehm empfundenen Symptomen kommt die Tabuisierung.

Die Stuhlinkontinenz beeinträchtigt das Alltagsleben erheblich. Die meisten Betroffenen sprechen aus Peinlichkeit nicht über das „Tabuthema“ – und erhalten deshalb auch keine Hilfe, sie schweigen und bleiben mit ihren Beschwerden allein (Deutsche Kontinenz Gesellschaft 2011, 2) (Herold/ Sprockamp/Dlugosch 2005, 9).

### Wie entsteht Stuhlinkontinenz?

Die Stuhlinkontinenz entsteht aus dem Zusammenspiel vieler Faktoren, die Stuhlinkontinenz aus einer Störung dieses Zusammenwirkens.

Die traditionelle Einteilung unterscheidet: sensorisch, muskulär, neurogen, funktionell, psychoorganisch und idiopathisch sowie Mischformen. Diese wird den Anforderungen der heutigen Zeit nicht mehr gerecht. Es sollte eine Klassifizierung eingesetzt werden, die die Faktoren berücksichtigt, die an der Kontinenz beteiligt sind. Über Kontinenz oder Inkontinenz entscheiden:

- der Schließmuskelapparat (äußerer und innerer Schließmuskel)
- die Beschaffenheit, Konsistenz des Stuhls
- die Häufigkeit, Frequenz des Stuhls
- die anorektale Sensibilität
- das Fassungsvermögen des Mastdarms
- die Rektumcompliance (Zusammenspiel von Mastdarmfüllung und -entleerung)
- der Beckenboden (Herold/ Sprockamp/ Dlugosch 2005,12) (Herold o.J.).

---

## 6.1 Formen der Stuhlinkontinenz/ Gradeinteilung

---

Die Stuhlinkontinenz wird in drei Grade eingeteilt:

<b>Grad 1:</b> leichte Inkontinenz	<ul style="list-style-type: none"><li>• unkontrollierter Abgang von Winden</li><li>• gelegentliches Stuhlschmierien</li><li>• leichte Verschmutzung der Wäsche</li></ul>
<b>Grad 2:</b> mittlere Inkontinenz	<ul style="list-style-type: none"><li>• unkontrollierter Abgang von flüssigem Darminhalt</li><li>• unkontrollierter Abgang von Winden</li><li>• häufiges Verschmutzen der Wäsche</li></ul>
<b>Grad 3:</b> schwere Inkontinenz	<ul style="list-style-type: none"><li>• vollständig unkontrollierter Abgang von flüssigem und festem Stuhl</li><li>• vollständig unkontrollierter Abgang von Winden</li></ul>

In der Praxis treten häufig Übergangs- oder Mischformen auf.

---

## 6.2 Ursachen der Stuhlinkontinenz

---

Die Fähigkeit, den Stuhl bewusst zurückzuhalten sowie auch den Zeitpunkt der Entleerung zu bestimmen, setzt ein komplexes Zusammenspiel von Schließmuskel, Beckenboden, Nervensystem und Mastdarm voraus. Störungen einzelner oder mehrerer Faktoren können in Folge zur Inkontinenz führen. Trotz intensiver Diagnostik kann die Ursache der Inkontinenz nicht immer sicher diagnostiziert werden. In diesem Fall spricht man von einer sogenannten „idiopathischen“ Inkontinenz (Slavova / Ritz o.J.).

Die Stuhlinkontinenz kann durch verschiedene Ursachen ausgelöst werden. Solche sind zum Beispiel:

- Entzündungen oder Verletzungen des Sphinkterapparates (entzündliche Erkrankungen, Fisteln, abrupte Dehnung oder Pfählungsverletzung)
- Bestrahlung
- neurogene Störungen (z.B. Myelo-Meningocele, Verletzungen des Rückenmarks, Tumoren, Apoplexie, Diabetes mellitus, multiple Sklerose)
- chirurgische Maßnahmen (Hämorrhoidaloperationen, tiefe Rektumresektion, Operationen im kleinen Becken)
- Zustand nach gynäkologischen Operationen, Geburtstraumen
- Demenz



- Stuhlentleerungsstörungen (chronische Obstipation, Befall mit Würmern oder Pilze)
- Medikamente, wie Tranquilizer und Neuroleptika – wirken sedierend und beeinträchtigen das Reaktionsvermögen

(Gehart/ Haase/ Simon-Jödicke 2007, 369) (Stoll-Salzer/ Wiesinger 2005, 36).

Die postoperative Inkontinenz nach tiefer Rektumresektion ist zurückzuführen auf die Verkleinerung des Reservoirs und nervale Beeinträchtigungen.

Sie ist im Laufe von Monaten reversibel. Dennoch darf die Häufigkeit dieses Problems nicht unterschätzt werden.

Bei einer Anastomosenhöhe unter 5 cm ab der Linea anocutanea erleben 25% der Patienten auch nach 1 Jahr noch nächtliche Defäkationen und bis zu 50% eine Urge-Symptomatik.

Die Entscheidung zu einer tiefen Kontinenzresektion muss diese Probleme und die präoperative Kontinenzsituation im Einzelfall mit berücksichtigen. Die Kontinenz wird zudem auch durch eine adjuvante oder neoadjuvante Radiotherapie beeinträchtigt (Boelker / Hegeholz / Webelhuth 2006, 98-100).

---

## 6.3 Häufigkeit

---

Im Gegensatz zur Harninkontinenz fehlen für die Stuhlinkontinenz noch genaue Zahlen. Es ist zu vermuten, dass die Stuhlinkontinenz eine sehr häufige Erkrankung darstellt. Studien aus den 90er Jahren lassen aber annehmen, dass in Deutschland etwa 4,8 Prozent der Menschen unter Inkontinenz für festen Stuhl leiden. Das entspricht rund vier Millionen Menschen. Wie viele Menschen flüssige Exkremente oder Winde nicht halten können ist noch nicht einmal schätzbar.

Man geht davon aus, dass im Alter dieses Problem häufiger zu beobachten ist.

Schätzungsweise liegt der Anteil bei geriatrischen und auch bei psychiatrischen Patienten bei fast einem Drittel. In der Altersgruppe über 50 sind mehr als doppelt so viele Frauen wie Männer betroffen (Herold / Sprockamp / Dlugosch 2005, 10). Im Internetauftritt von Wikipedia war zu lesen, dass etwa 1 bis 3 Prozent der Bevölkerung, in der Bundesrepublik Deutschland mindestens 800 000 erkrankte Personen, unter Stuhlinkontinenz leiden. Betroffen sind davon alle Jahrgänge, mit Zunahme des Alters nimmt die Häufigkeit aber stark zu. Ob bei der Prävalenz Frauen oder Männer überwiegen, ist in der Studienlage umstritten und stark abhängig von der Definition der Stuhlinkontinenz. Bezieht man Soiling (Stuhlschmierer) mit ein, sind Männer aufgrund ihres längeren Analkanals stärker betroffen. Wird Soiling nicht mit bewertet sondern nur Stuhlverlust, ist eine höhere Prävalenz bei Frauen zu finden (Wikipedia. Stuhlinkontinenz o.J.).

Unter [www.proktologie-praxis.de](http://www.proktologie-praxis.de) war folgende Aussage zu finden: „3-5% in allen Altersstufen, insbesondere ältere Menschen sind betroffen, 47% der Bewohner von Pflegeheimen. 15,4% der Menschen über 50 leiden an Inkontinenz.“ (Meffle/ Katouzi/ Thoß o.J.).

---

## 6.4 Diagnostik

---

Zu Beginn der Diagnostik muss eine ausführliche Anamnese erfolgen. Inhalt sind die Erfassung des Beginns der Beschwerden, die Stuhlbeschaffenheit und die Stuhlfrequenz. Neben den Umständen des unfreiwilligen Stuhlabgangs müssen noch vorhandene Systemerkrankungen, frühere Therapien, Anzahl und Ablauf von Geburten, Operationen (chirurgische, gynäkologische, urologische) usw. erfasst werden. Es wird erfragt, ob eine entzündliche Darmerkrankung vorliegt.

Danach kann die Inspektion der Analregion erfolgen, bei der zum Beispiel Irritationen, entzündliche oder ulzeröse Veränderungen der Perianalhaut, Fissuren, Narben, Hämorrhoiden, Fisteln oder Abszesse festgestellt werden können (Wikipedia. Stuhlinkontinenz o.J.).

Zur besseren Differenzierung des Schweregrades der Inkontinenz werden sogenannte Scores eingesetzt. Zur Verfügung stehen u.a. Clinic-Kontinenz-Score, CACP-Kontinenz-Score, CCS-Score (Herold/ Sprockamp/ Dlugosch 2005, 10-11) (Stoll-Salzer/ Wiesinger 2005, 36). Zum Einsatz kommen auch der Wexner-Score, Kelly-Score (Meffle/ Katouzi/ Thoß o.J.) sowie der Score nach Oliviera (Interdisziplinäres Darmzentrum des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität München o.J.).

Mit Hilfe der verschiedenen Scores können die speziellen Beschwerden der Inkontinenz-Patienten in standardisierter Form dokumentiert werden. Der Arzt hat die Möglichkeit, mit diesem System die Schwere des Problems abzuschätzen. Außerdem können an Hand der Scores wissenschaftliche Auswertungen erstellt werden (Herold / Sprockamp / Dlugosch 2005, 18-19).

Auf die Besonderheiten der einzelnen Scores wird in dieser Facharbeit nicht eingegangen. Zur Erhebung der Daten wurde im Fragebogen der Wexner-Score verwendet.

Im Anschluss an die Anamnese folgt die körperliche Untersuchung. Bei dieser wird der Bauch sowohl abgetastet als auch abgehört. Dabei können die Darmgeräusche Hinweise auf Transportstörungen des Darmes geben.

Beim Austasten des Enddarms können nicht nur Polypen oder Tumore nachgewiesen werden, sondern auch gleichzeitig die Eigenspannung (Tonus) des Schließmuskels in Ruhe und beim willkürlichen Kneifen untersucht werden.

Diese Untersuchungen werden ergänzt durch manometrische Untersuchungen wie Durchzugsmanometrie oder Messung der Füllungsdruckwerte. Außerdem werden in Links-Seiten-Lage eine Proktoskopie und eine Rektoskopie durchgeführt. In der Regel sind diese Untersuchungen schmerzlos, werden aber gelegentlich als unangenehm empfunden, weil sie die Intimsphäre betreffen. Des Weiteren folgen häufig eine Sphinktermanometrie und analer Ultraschall.

Nachfolgend sind weitere für die Diagnostik relevante Untersuchungen aufgelistet und kurz erklärt.

### Koloskopie, Rektoskopie, Proktoskopie

Die Spiegelung des gesamten Dickdarms (Koloskopie oder Kolonoskopie) und des Enddarms (Rektoskopie) gehört wie die

Spiegelung des Analkanals (Proktoskopie) zur Basisdiagnostik der Stuhlinkontinenz. Sie sind leicht durchzuführen, bedürfen keiner großen Vorbereitung des Patienten und geben frühzeitig Auskunft über Veränderungen. Bei der Koloskopie können Tumore, Polypen und Darmentzündungen ausgeschlossen werden. Durch die Proktoskopie (Spiegelung des Analkanals) können Hämorrhoiden nicht nur nachgewiesen, sondern ggf. auch gleichzeitig durch einen schmerzlosen, ambulanten Eingriff (Sklerosierung, Gummibandligatur) therapiert werden (Slavova / Ritz o.J.).

### Endosonographie des Schließmuskels

Die Endosonographie (Ultraschall-Untersuchung des Schließmuskels) ist ein schmerzloses bildgebendes Verfahren und belastet den Patienten nicht. Mit Hilfe der Endosonographie können Beckenboden- und Sphinktermuskulatur in verschiedenen Ausgangsstellungen und Aktivitätszuständen dargestellt werden. Darüber hinaus sind Dammrisse und -schnitte sowie okkulte Verletzungen hierbei gut sichtbar. Diese Untersuchung hat eine besondere Bedeutung bei Patienten mit Inkontinenzbeschwerden, wenn im Vorfeld Eingriffe am Enddarm durchgeführt worden sind (Slavova / Ritz o.J.) (van den Berg u. a. 2008, 343).

### Analosphinktermanometrie (Messung der Schließmuskelfunktion)

Bei dieser ebenfalls schmerzlosen Untersuchung können sowohl der unwillkürliche Ruhedruck (Internusfunktion) als auch der willkürliche Kneif- und Haltedruck (Externusfunktion) bestimmt werden (Slavova / Ritz o.J.).

Bei der Manometrie können die Funktionen und Eigenschaften des Mastdarms, d.h. die Perzeption (Wahrnehmung) und die Kapazität (Fassungsvermögen) dargestellt werden. Sie ermöglicht eine Differenzierung, ob es sich um eine Störung der Kontraktionsfähigkeit der Muskeln handelt oder ob eine Störung der neurologischen Reflexaktivität vorliegt. Zudem wird kontrolliert, ob die Reservoireigenschaften und das Aufnahmevermögen des Rektums eingeschränkt sind. Des Weiteren wird die Länge des Analkanals beurteilt, um eine eventuelle Beckenbodensenkung festzustellen (Herold / Sprockamp / Dlugosch 2005, 25-26).

### Sphinkter-Elektromyographie (EMG)

Die Sphinkter-Elektromyographie ist eine neurologische Untersuchung des Schließmuskels. Sie dient der Diagnostik, ob es sich um eine neurogene, von den Nerven ausgehende, oder eine muskuläre Störung handelt (Herold / Sprockamp / Dlugosch 2005, 27-28).

### Defäkographie

Die Simulation der Darmentleerung stellt einen wichtigen Bestandteil der Beckenbodendiagnostik dar. Die Defäkographie erlaubt eine radiologische Darstellung des dynamischen Defäkationsvorganges und erfolgt meist mittels videotechnisch unterstützter Röntgen- bzw. Durchleuchtungsaufnahmen oder der Kinematographie. Im Anschluss werden die funktionellen Abläufe während

der Darmentleerung analysiert (Herold / Sprockamp / Dlugosch 2005,28) (Slavova / Ritz o.J.). Weiterhin können eine Magnetresonanztomographie des Schließmuskels, eine Prüfung der Stuhlhaltefähigkeit und des Entleerungsverhaltens oder in seltenen Fällen auch die Funktionsprüfung des Pudendusnervs vorgenommen werden. Als nächstes folgt nun die Analyse der gegenwärtigen Situation.

---

## 7 Ist-Analyse

---

Wenn sich in Zukunft in diesem Bereich für die Betroffenen etwas ändern soll, müssen sich die an der Versorgung beteiligten Ärzte und Pflegefachkräfte u.a. folgende Fragen stellen:

- *Warum kommt es zu Kontinenzstörungen nach einer Stomarückverlagerung?*
- *Wie lange ist mit Störungen bis zur Regenerierung und Wiedererlangung der vollständigen Funktion des Kontinenzorgans zu rechnen?*
- *Welche unterstützenden Maßnahmen und Informationen können bis zur Rückverlagerung des Stomas angeboten werden?*

Ist man vor ca. 30 Jahren noch davon ausgegangen, dass zum Erhalten des Schließmuskels mindestens fünf Zentimeter Sicherheitsabstand erforderlich sind, genügen in der heutigen Zeit schon ein bis zwei Zentimeter (Hart 2011).

Die Behandlungsmöglichkeiten und Operationstechniken haben sich stark weiter entwickelt, so dass immer öfter kontinenserhaltend operiert werden kann.

Die Kontinenzprobleme nach der Stomarückverlagerung sind zurückzuführen auf die Schleimhautveränderungen und die damit verbundenen Resorptionsstörungen.

Diese bewirken anfangs häufig Veränderungen in der Stuhlkonsistenz, d.h. es kommt eher zu flüssigen als zu festen Ausscheidungen. Diese können von den Betroffenen schlechter kontrolliert und gehalten werden. Der Zeitraum bis zur Defäkation kann deutlich verkürzt sein und ist abhängig von der Länge des verbliebenen Rektumabschnittes. Die Betroffenen beschreiben häufige Entleerungen, oftmals nur in kleinen Portionen mit dem Gefühl, nie richtig entleert zu haben. Außerdem kommt es zu Störungen der anorektalen Sensibilität durch Nervenverletzungen oder Narben, die mit der Operation am Rektum in Verbindung zu bringen sind. Der gesunde Mastdarm ist dehnbar und kann im Normalfall ein relativ großes Reservoir bilden. Andere Darmanteile, die weit unten in der Nähe des Schließmuskels angenäht werden, können sich durch ihren geringeren Durchmesser weniger dehnen und haben demzufolge eine schlechtere Speicherkapazität. Es kann zu Kontinenzstörungen kommen. Diese Problematik kann beispielsweise durch die Anlage eines J-Pouches aus Dickdarmanteilen umgangen werden (Kreis 2007, 9-10).

Wie lange mit Störungen zu rechnen ist, lässt sich nicht vorhersagen. Die Regenerierung und Wiedererlangung der vollständigen Funktion des Kontinenzorgans ist von vielen Faktoren abhängig.

Mit der Rückverlagerung des Stomas erhoffen sich die Betroffenen, dass für sie wieder ein „normales“ Leben beginnt, ohne Beutel und Einschränkungen im Alltag.

Aber die Realität sieht oft anders aus. Der Behandlungsprozess ist nur scheinbar zum Abschluss gekommen. Viele ehemalige Stomaträger leiden nach der Rückverlagerung an einer mehr oder weniger ausgeprägten Stuhlinkontinenz.

Sie müssen lernen, dass ihr Darm auch eine gewisse Zeit bis zur Regenerierung und Wiederaufnahme seiner Funktion benötigt. Bemerkbar macht sich dies besonders im Hinblick auf die anfangs deutlich erhöhte Stuhlfrequenz und den häufigen Stuhldrang.

Entzündliche Erkrankungen (Mb. Crohn, Colitis ulcerosa) und vorangegangene begleitende Maßnahmen wie eine Chemo- oder Strahlentherapie wirken sich auch nach der Rückverlagerung noch auf die Stuhlbeschaffenheit und die Stuhlgewohnheiten aus (Droste 2011b).

Die meisten Patienten rechnen aber nicht damit, dass es nach der Rückverlagerung Stuhlhalte- und

Stuhlentleerungsstörungen geben kann, da in der Regel oft gesagt wird, dass nach der Ausheilung der ursächlichen Erkrankung der Darm einfach wieder zusammen genäht wird und dann alles wieder funktioniert wie vor der Operation.

Eine Funktionsstörung von bis zu einem Jahr nach der Rückverlagerung kann als akzeptabel betrachtet werden.

Es kann aber auch bis zu zwei Jahre dauern, bis sich wieder Normalität eingestellt hat.

Zurückzuführen sind die Störungen auf:

- die Länge des entfernten Darmabschnittes (vermindertes Speicherreservoir),
- die Höhe der Anastomose (Abstand zum Schließmuskel),
- evtl. bestehende Nervenirritationen sowie
- die veränderte Motilität des Darms.

Die oftmals unkontrollierbaren und häufigen Stuhlgänge mit unterschiedlich ausgeprägten Konsistenzen stellen für die meisten Betroffenen eine hohe Belastung dar und führen im täglichen Leben zu enormen Einschränkungen (Henschel / Moldt 2011).

Als unterstützende Maßnahme zur Prophylaxe von Reservoir- und Kontinenzstörungen bis zur Rückverlagerung des Stomas sollte ein Beckenboden- und Schließmuskeltraining angeboten werden. Mit diesem müssen die Betroffenen möglichst schon während der Zeit der Ausleitung des Stuhls über das Stoma beginnen, damit die Muskulatur an dieser Stelle nicht geschwächt wird (Gruber 2011) (Stomasprechstunde.de (2007)).

Im Allgemeinen wird erwartet, dass sich die Lebensqualität nach der Rückverlagerung für den Betroffenen verbessert. Trotz intensiver Recherche im Internet und persönlicher Nachfrage bei verschiedenen Referenten und Herstellern ist es mir nicht möglich, diese Aussage wissenschaftlich zu hinterlegen, da mir hierzu keine relevanten Studien vorliegen. Für die Erstellung eines Standards sind empirische Studien erforderlich, welche aber hohe akademische Hürden nehmen müssen und auch mit entsprechenden Kosten verbunden sind. Infolgedessen wird versucht, mit Hilfe von Leitlinien das Ganze zu realisieren. Ich habe deshalb einen Fragebogen erstellt, um die für die Analyse wichtigen Informationen zu erhalten.

- *Wie viele Fragebögen werden benötigt, um eine Aussage machen zu können?*
- *Und wie viel Betroffene können in dem von mir gewählten Zeitraum befragt werden?*

Diese Fragen habe ich mir bei der Ausarbeitung des Fragebogens gestellt.

Als Ziel habe ich mir eine Anzahl von ca. 30 Bögen gesetzt. In der Zeit von Januar bis März 2012 wurden für die Analyse 48 Fragebögen von meinen Kollegen und Kolleginnen im Unternehmen, von einigen Kursteilnehmerinnen und von mir selbst während eines direkten Gespräches mit den Betroffenen ausgefüllt. Dabei hat sich oft gezeigt, dass das Thema Stuhlinkontinenz auch in der heutigen Zeit immer noch ein „Tabuthema“ darstellt.

Viele Betroffene haben das Angebot der Pflegeexperten, auch nach der Rückverlagerung des Stomas für Probleme als Ansprechpartner zur Verfügung zu stehen, aus Scham nicht angenommen. Hier kann in Zukunft durch eine intensivere Betreuung nach der Rückverlagerung von Seiten der Pflegeexperten eine Lücke geschlossen werden.

Im Anschluss folgen nun die Erkenntnisse, welche sich aus der Auswertung der Fragebögen ergeben haben.

---

## 8 Auswertung Fragebögen

---

Beginnen werde ich mit der Auswertung der ersten beiden Fragen nach Geschlecht und Alter der Patienten. Hier ist zu erkennen, dass Männer mit 62% im Vergleich zu den Frauen mit 38% öfter betroffen sind. Bei beiden Geschlechtern ist die Altersgruppe von 61–70 Jahren am stärksten betroffen, gefolgt von den 71–81 und den 51–60-jährigen. Im Alter von 30–40 und 81–90 Jahren sind Frauen hingegen stärker vertreten.

Die Frage 3 diente zur Darstellung, welche Art der Stomaanlage vorgelegen hat.

Bei meiner Befragung hat sich ergeben, dass Colostomien (58%) im Vergleich zu Ileostomien (42%) öfter rückverlegt wurden.

Die Fragen 4 und 5 veranschaulichen, wann das Stoma angelegt wurde und über welchen Zeitraum die Stomaanlage erforderlich gewesen ist.

Bei den meisten Betroffenen (42%) konnte das Stoma nach 6 bis 12 Monaten rückverlagert werden. Dicht gefolgt von dem Zeitrahmen von 3 bis 6 Monaten (38%). Die Dauer von bis zu 3 Monaten bzw. von 1–2 Jahren ist mit fast identischem Prozentsatz (8–9%) vertreten. Nur bei zwei Patienten hat die Rückverlagerung erst nach 27 bzw. 39 Monaten erfolgen können.

Die Frage 6 beschäftigte sich mit dem Grund der Stomaanlage. Als überwiegende Ursache für die Stomaanlage ist das Vorhandensein eines Karzinoms (60%) zu nennen. Das Vorliegen einer Divertikulitis (19%) und andere Erkrankungen (15%) wie Analabszess, Fisteln im Rektum–Scheiden–Bereich

oder kleinen Becken, perforierte Appendizitis sowie gutartige Geschwüre kommen ebenfalls mit einem fast gleich verteilten prozentualen Anteil als Grund für eine temporäre Stomaanlage in Betracht. Erkrankungen wie Morbus Crohn (2%) oder Colitis ulcerosa (4%) waren hingegen kaum vertreten. Die Frage 7, wer die Betroffenen über die evtl. Risiken der Rückverlegung aufgeklärt hat, ergab, dass zu gleichen Anteilen die Aufklärung über den Arzt bzw. die Stomatherapeuten erfolgt ist. Die meisten Betroffenen gaben zudem an, dass die Informationen über die Risiken der Operation vom Arzt in der Klinik vermittelt wurden.

Die Frage 8 diente zur Klärung, ob Maßnahmen zur Vorbereitung auf die Rückverlagerung empfohlen wurden und wenn ja, welche. Bei dem überwiegenden Anteil (78%) der befragten Patienten wurden Maßnahmen zur Vorbereitung auf die Rückverlagerung empfohlen. Dieses Ergebnis ist als positiv zu betrachten, da hierdurch schon ein Teil der Komplikationen nach der Rückverlagerung vermieden werden kann.

Anhand der Auswertung ist zu erkennen, dass an vorderster Stelle das Beckenboden- und Schließmuskeltraining (61%) empfohlen wurde. Diese relativ einfache und ohne großen Aufwand durchführbare Maßnahme sollte im Idealfall jedem Patienten im Anschluss an die Stomaanlage schon in der Klinik empfohlen werden, damit bis zur Rückverlagerung des Stomas die Muskulatur in diesem Bereich weiter sensibilisiert bleibt. 18% der befragten Personen erhielten jedoch keine Aufforderung zum Beckenbodentraining. Dies sollte in Zukunft vermieden werden. Hier kann unter anderem die betreuende Stomafachkraft einen Anteil leisten, wenn möglich immer in Zusammenarbeit mit den an der Behandlung beteiligten Ärzten.

Das Biofeedbacktraining bzw. die Elektrostimulation wurde bei 14% der Befragten angewendet. Die Spülung des abführenden Schenkels des Stomas bzw. die rektale Spülung kamen hingegen kaum zur Anwendung.

In Frage 9 wurde offen gelegt, welche Probleme seit der Rückverlegung bestehen.

32% der Befragten konnten angeben, dass nach der Rückverlagerung keine Probleme aufgetreten sind nach einer kurzen Heilungsphase. Sie haben hier durchschnittlich 8 Wochen angegeben. Juckreiz und / oder Brennen hat bei 16% sowie Durchfall bei 18% der Befragten Probleme verursacht. Stuhlschmierer und Schmerzen bei der Stuhlentleerung konnte bei je 12 beobachtet werden. Von Verstopfung hingegen war nur ein geringer Teil (6%) betroffen.

Bei der Auswertung der Frage 10, ob sich die Patienten einer Behandlung unterziehen mussten, war interessant, dass über die Hälfte der Befragten (56%) sich weder einer Chemotherapie noch einer Bestrahlung unterziehen mussten. In 25% der Fälle kam eine kombinierte Therapie zur Anwendung. Nur bei einem Patienten wurde eine Bestrahlungstherapie als begleitende Behandlung

vorgenommen, eine Chemotherapie kam dafür bei 17% zum Einsatz.

Als nächster Punkt in Frage 11 folgt die aktuelle Einschätzung, in welchem Maße die Betroffenen Stuhl und Winde willkürlich zurückhalten können.

Für diese Analyse wurde der Wexner-Score (Fragebogen zur Darstellung der Funktion des Schließmuskels) benutzt. Der Wexner-Score ist ein Instrument, mit dem die Beschwerden des Patienten und die Einschränkungen der Lebensqualität dargestellt werden können.

Die meisten Patienten (73%) konnten die Frage, ob sie die Kontrolle über festen bzw. geformten Stuhl verlieren, verneinen. Dies ist insgesamt ein sehr positives Ergebnis. 16% verlieren sporadisch (weniger als 1x pro Monat) und nur 7% gelegentlich (mehrmals pro Monat aber maximal 1x pro Woche) die Kontrolle über ihre Ausscheidungen. In je 2% kam es häufig, d.h. mehrmals pro Woche, aber maximal 1x pro Tag bzw. immer (mehr als 1x pro Tag) zu unfreiwilligen Abgängen.

Bei flüssigem oder weichem Stuhl sah die Verteilung schon anders aus. Hier waren nur noch 45% der Betroffenen in der Lage, die Kontrolle über ihre Ausscheidungen zu behalten. Bei 14% kam es sporadisch und bei 18% zu gelegentlichen bzw. bei 16% zu häufigen Kontrollverlusten. In rund 7% fehlt die Kontrolle komplett.

Die Frage, ob Winde unkontrolliert abgehen, wurde wie folgt beantwortet.

Ungefähr zwei Drittel (61%) der Befragten haben keine oder nur zum Teil eine Kontrolle über ihre Darmgase. Dies kann im Alltag zu mitunter sehr peinlichen Situationen sowie erheblichen Einschränkungen führen und wird als äußerst unangenehm empfunden.

Ist das Tragen von Einlagen erforderlich? Über die Hälfte (54%) der befragten Personen benötigen keinerlei Hilfsmittel wie aufsaugende Inkontinenzmaterialien. Ein Teil der Betroffenen (19%) trägt aber zur Vorsicht sporadisch bzw. gelegentlich Inkontinenzeinlagen. Ein knappes Viertel der Patienten (27%) ist allerdings häufig oder immer auf eine angepasste aufsaugende Versorgung angewiesen.

Einschränkungen im Lebensstil oder Sozialleben sind von fast der Hälfte der Patienten in verschieden ausgeprägter Intensität beschrieben worden. Bei insgesamt 15% kommt es zu einem kompletten Rückzug und 4% klagten über häufige Einschränkungen im Alltag. Aber der überwiegende Anteil hat keine Probleme im sozialen Umfeld.

Die Frage 12 beschäftigte sich mit Fragen zur Kontinenzanamnese.

So gut wie alle Befragten verspüren einen Stuhldrang und der größte Anteil (80%) hat auch genügend Zeit, um die Toilette aufsuchen zu können. Allerdings fehlt bei 12% dieses Gefühl.

Die Zeitspanne, in der dann die Toilette aufgesucht werden muss, ist individuell sehr unterschiedlich. So haben einige

kaum Zeit bis zur Defäkation und andere geben einen Zeitraum von 3-4 Stunden an. 31% der Betroffenen konnten keine Zeit angeben, haben aber geäußert, dass die Situation für sie ausreichend erscheint und von der jeweiligen Tagesform abhängig ist.

Die Frage, ob der Stuhlverlust unmittelbar oder erst auf Grund der Wäscheverschmutzung bemerkt wird, hat die Hälfte der Befragten nicht beantwortet. Die andere Hälfte spürt den Stuhlverlust unmittelbar, wobei es bei 2% auch zu einer Wäscheverschmutzung kommt.

Fast 90% aller rückverlagerten Patienten haben das Gefühl, dass sie ihren Schließmuskel willkürlich kontrahieren können und dies in 81% der Fälle auch effektiv genug erfolgt.

Beurteilt man die Effizienz bei den unterschiedlichen Konsistenzen des Stuhls, gibt es doch Unterschiede. So hat nur knapp ein Viertel der Betroffenen die sichere Kontrolle unabhängig von der Konsistenz.

Prozentual fast gleich verteilt ist die Antwort auf die verwendeten Hilfsmittel in Frage 13 ausgefallen. Die eine Hälfte benötigt keine Hilfsmittel, weil es keine Probleme gibt. Bei den anderen überwiegt die Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzmaterialien, ein geringer Prozentsatz davon benutzt Analtampons. Die rektale Irrigation kam überhaupt nicht zur Anwendung. Ein Grund könnte hier die mangelnde Aufklärung über diese Möglichkeit sein. Rund 4% der Befragten geben an, mit einer Ernährungsumstellung oder medikamentösen Therapie gut versorgt zu sein.

Die Frage 14 sollte offen legen, wer bei der Auswahl der Hilfsmittel beratend zur Seite gestanden hat.

Die meisten Betroffenen wurden von der betreuenden Stomafachkraft bei der Auswahl des erforderlichen Hilfsmittels beraten. Aber auch der behandelnde Arzt hat entsprechende Maßnahmen eingeleitet.

Wie auch bei den anderen Fragen gibt es eine Gruppe der Betroffenen, welche keine Angaben gemacht oder keine Beratung in Anspruch genommen hat.

In diesem Punkt ist aber erkennbar, dass die Betreuung auch über die Rückverlegung hinaus ein wichtiger Bestandteil im Tätigkeitsbereich der Pflegeexperten sein muss! Durch meine Recherche ist mir aufgefallen, dass in diesem Versorgungsbereich noch Reserven bestehen. Diese Lücke sollte zukünftig geschlossen werden.

Während dieser Auswertung habe ich gemerkt, dass weitere Fragen zu dieser Problematik erforderlich gewesen wären. So fehlt beispielsweise die Frage, wie häufig am Tag der Betroffene einen Stuhldrang verspürt und wie viele Toilettengänge sich pro Tag ergeben haben. Interessant wäre auch eine Beobachtung und Auswertung, ob ein Zusammenhang zwischen dem Alter der Betroffenen, der Art der Operation, der Grunderkrankung und den daraus resultierenden Beschwerden besteht. Aus der Auswertung geht auch nicht sicher hervor, wie zuverlässig die Aussagen der Befragten einzustufen sind. Diese Thematik dringt sehr stark

in den Intimbereich des Betroffenen ein und man muss davon ausgehen, dass aus Schamgefühl nicht immer wahrheitsgetreu geantwortet wurde.

---

## 9 Therapie

---

Die Aufklärung und Beratung sowie eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem Betroffenen und ggf. seinen Angehörigen ist die Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Therapie der Stuhlinkontinenz (B.BRAUN 2012). Die Therapie der Stuhlinkontinenz ist abhängig von der Ursache und muss individuell angepasst werden. Folgende therapeutische Maßnahmen können zur Anwendung kommen:

- konservative Therapie,
- medikamentöse Therapie,
- physikalische Therapie,
- operative Therapie

(Stoll-Salzer / Wiesinger 2005, 40).

Die Aufgaben der Stomafachkraft liegen in der Beratung vor und nach der Operation, während der Zeit der Stomaanlage und in der Zeit nach der Rückverlagerung des Stomas bis zum Erreichen der vollständigen Kontinenz.

Sie soll ergänzend zur ärztlichen Aufklärung erfolgen. Von der Stomafachkraft können nur Empfehlungen für konservative therapeutische Möglichkeiten gegeben werden. Die Entscheidung, welche Maßnahmen für den Betroffenen angemessen sind, trifft der behandelnde Arzt.

Im Anschluss werden Möglichkeiten der konservativen Therapie wie die Ernährung sowie stuhlregulierende und pflegerische Maßnahmen erläutert.

Weiterhin werden die rektale Irrigation, Hilfsmittel wie Analtampons und aufsaugende Inkontinenzmaterialien vorgestellt.

---

### 9.1 Konservative Therapie

---

Bei der konservativen Therapie steht die Behandlung der Grunderkrankung im Vordergrund. Oftmals werden jedoch nur die Symptome gelindert, da die Mechanismen, welche zur Stuhlinkontinenz führen, sehr vielfältig sind (Stoll-Salzer / Wiesinger 2005, 40).

---

#### 9.1.1 Ernährung

---

Es gibt keine spezielle Diät zur Behandlung der Stuhlinkontinenz. Man kann versuchen, durch eine individuelle Ernährungsumstellung die Stuhlkonsistenz und Stuhlfrequenz zu beeinflussen.

Am Anfang sollte eine Analyse von Ernährungsgewohnheiten

und Nahrungsmittelunverträglichkeiten, dem Grad der Stuhlinkontinenz und den Lebensgewohnheiten des Betroffenen stehen.

So kann zum Beispiel der Genuss von Tee oder Kaffee zu einer Relaxation (Entspannung) des Schließmuskels führen und eine Stuhlinkontinenz auslösen, wenn dieser nicht voll funktionstüchtig ist.

Bei einer leichteren Form der Stuhlinkontinenz kann mit einer ausgewogenen ballaststoffreichen Ernährung durch die ausreichende Zufuhr von Faserstoffen ein größeres Stuhlvolumen erzielt werden. Dies führt zu einer Dehnung der Darmwand und regt die Darmperistaltik an. Durch den hohen Anteil der Fasern wird gleichzeitig eine weiche geformte Konsistenz des Stuhls erzielt und der Aufbau einer gesunden Darmflora gefördert.

Die ballaststoffreiche Ernährung, zur Hälfte bestehend aus Vollkornprodukten sowie zur anderen Hälfte aus frischem Obst und Gemüse, muss mit einer ausreichenden Flüssigkeitsmenge (2 Liter empfehlenswert) ergänzt werden.

Die täglich zugeführte Menge an Ballaststoffen sollte mindestens 30–40 Gramm betragen.

Bei einer schwereren Form der Stuhlinkontinenz kann es unter Umständen erforderlich sein, den Stuhl etwas einzudicken und eine gezielte Defäkation zu bewirken (ggf. mit rektaler Irrigation). Im Vordergrund steht aber die Vermeidung einer Obstipation. Ein zu langes Verweilen des festen Stuhls im Darm kann zu einer Überlaufinkontinenz führen, weil der Stuhl in dieser Zeit von Bakterien zersetzt und verflüssigt wird und auslaufen kann. Auch hier ist eine individuelle Beratung erforderlich.

Störungen der Darmfunktion können aber auch durch Reaktionen auf bestimmte Nahrungsmittel, sog. Nahrungsmittelunverträglichkeiten (Lactoseintoleranz / Milchzuckerunverträglichkeit), hervorgerufen werden. Eine Anzahl vielfältiger Verdauungsbeschwerden (Blähungen, Übelkeit, Diarrhö, Obstipation) können durch Nahrungsmittel oder einzelne Nahrungsbestandteile ausgelöst werden. Eine Nahrungsmittelallergie kann ähnliche Beschwerden erzeugen. In diesem Fall wird geraten, diese Nahrungsmittel zu identifizieren und zu meiden (Hegeholz o.J., 3–4) (Herold / Sprockamp / Dlugosch 2005, 32–35).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der Darm nach der Rückverlagerung des Stomas eine gewisse Zeit zur Regeneration benötigt.

Hier kann auch kein Zeitrahmen und keine spezielle Ernährungsempfehlung vorgegeben werden. Der Mensch ist ein Individuum und kann nicht nach einem starren Schema behandelt werden.

Mit einer faser- und ballaststoffreichen Ernährung und dem Verzicht von Reizstoffen (Kaffee, Alkohol, blähende Speisen) kann man in vielen Fällen eine Besserung erzielen. Das Führen eines Ernährungsprotokolls kann sich als hilfreich erweisen (Stomasprechstunde.de 2007) (Stoll-Salzer / Wiesinger 2005,40–41).

---

## 9.1.2 Stuhlregulierende Maßnahmen

---

Dünneflüssige Ausscheidungen können zu Brennen und Entzündungen im Gesäß- und Afterbereich führen. Von der Länge des noch vorhandenen Dickdarms ist es abhängig, ob das Eindicken des Stuhls in ausreichendem Maße stattfinden kann oder nicht. Stellen sich Funktionsstörungen ein, kann es mitunter erforderlich sein, stuhleindickende Mittel zu verabreichen (z.B. Imodium, Loperamid) oder auf „stopfende“ Nahrungsmittel (z.B. Kakao, getrocknete Heidelbeeren, Bananen) zurückgreifen. Dies sollte aber nur nach ärztlicher Anordnung erfolgen, da hier die Gefahr besteht, dass der Betroffene in einen Kreislauf aus der Einnahme von eindickenden und abführenden Medikamenten geraten kann. Für den verbliebenen Darmabschnitt ist es dann schwierig, wieder die normale Funktion aufzunehmen.

Zur Unterstützung der Stuhlregulierung können aber auch pflanzliche Quellmittel, wie Mucofalk® (indische Flohsamenschalen, gemahlen) verwendet werden.

Nach der Rückverlagerung des Stomas können Ausfluss oder Schleimabsonderungen aus dem After zu einer Entzündung führen. In diesem Fall muss der behandelnde Arzt konsultiert werden, um abzuklären, ob als Ursache eine Analfissur in Frage kommt. Als therapeutische Maßnahme können Analtampons oder Einlagen zum Einsatz kommen. Wechselwarmes Duschen nach dem Stuhlgang oder Sitzbäder sowie Salben (mit Zink oder Lebertran) können die Therapie unterstützen, um dem Brennen und den Entzündungen entgegen zu wirken (Wikipedia. Stuhlinkontinenz o.J.) (Stomasprechstunde.de 2007).

Als weitere Möglichkeit ist das Stuhltraining zu nennen. Ziel dieses Trainings ist es, eine Defäkation zur selben Zeit mit oder ohne Hilfsmittel zu erreichen.

Der Betroffene sollte versuchen, regelmäßig (ca. 20–30 Minuten) nach den Mahlzeiten zur Toilette zu gehen. Damit kann die Funktion des sogenannten gastrokolischen Reflexes ausgenutzt werden.

Die bei der Nahrungsaufnahme entstehende Dehnung des Magens führt zu einer verstärkten Aktivität im Rektumbereich und löst den Stuhldrang und die Defäkation aus (Stoll-Salzer / Wiesinger 2005,41).

---

## 9.1.3 Intimpflege

---

Da es nach der Rückverlagerung des Stomas anfangs zu häufigeren Ausscheidungen kommen wird, unterliegt der Bereich um den After einer hohen mechanischen Belastung. Um die sensible Haut im Analbereich wieder an diese Beanspruchung zu gewöhnen kann es von Vorteil sein, schon vor der Rückverlagerung damit zu beginnen, sich wieder in diesem Bereich abzuwischen.

Das Verwenden eines weichen Toilettenpapiers und ggf. auch von feuchtem Toilettenpapier (ohne Parfüm) kann hier sehr

hilfreich sein (Stomasprechstunde.de 2007). In der heutigen Zeit steht ein großes Angebot an Inkontinenzhilfsmitteln zur Auswahl bereit, um den Betroffenen die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. Zur Steigerung der Lebensqualität stehen zum Beispiel die rektale Irrigation, verschiedene Analtampons oder aufsaugende Inkontinenzmaterialien zur Verfügung. Die Versorgung mit dem geeigneten Hilfsmittel sollte schon während der Diagnostik und Behandlung beginnen (Wikipedia, Stuhlinkontinenz o.J.). Im Anschluss werden diese Versorgungsvarianten näher erläutert.

---

## 9.1.4 Rektale Irrigation

---

Eine weitere konservative Therapiemöglichkeit des Darmmanagements stellt die rektale Irrigation dar. Durch sie hat der Betroffene die Gelegenheit, eine Stuhlinkontinenz zu vermeiden. Es können Obstipationen beseitigt und die Toilettenzeiten auf ein sozial akzeptables Maß reduziert werden.

Somit wird die Lebensqualität erheblich verbessert. Die Durchführung darf nur nach ärztlicher Anordnung erfolgen. Der Betroffene wird durch qualifiziertes Fachpersonal in die korrekte Handhabung eingewiesen. Es kann einige Tage dauern, bis sich der Darm an dieses Vorgehen gewöhnt hat. Bei dieser nebenwirkungsfreien Technik wird täglich oder alle zwei Tage ein Einlauf mit Leitungswasser ohne pharmazeutisch-chemische Zusätze in den Darm appliziert. Das Entleerungsintervall ist von der Länge des verbliebenen Dickdarms und den Ernährungsgewohnheiten des Betroffenen abhängig. Begonnen werden kann mit der Irrigation ungefähr 4 bis 6 Wochen nach der Operation, wenn dies vom behandelnden Arzt angeordnet wurde.

Im Handel sind verschiedene Systeme zur Durchführung der rektalen Irrigation erhältlich:

- Schwerkraftsystem von Coloplast (Peristeen) und MBH International (Qufora-Irrigationssystem)
- elektrische Irrigationpumpe von B.BRAUN (Irrimatic R)

(Inkontinenz Selbsthilfe e.V. Darmmanagement o.J.)

---

## 9.1.5 Analtampon

---

Der Einsatz eines Analtampons sichert eine einfache und diskrete Versorgung von Erwachsenen und Kindern ohne Geruchsbelästigung mit optimalem Hautschutz.

Der Analtampon ist so konzipiert, dass er von den meisten Anwendern selbstständig eingeführt werden kann. Alle gesellschaftlichen Aktivitäten sind ohne Einschränkungen durchführbar (Stoll-Salzer / Wiesinger 2005, 45) (Hegeholz o.J., 4–5) (Coloplast o.J.).

Die Analtampons sind Hilfsmittel und in verschiedenen Formen und Größen erhältlich. Somit können sie den unterschiedlichen anatomischen Gegebenheiten individuell angepasst werden. Die Tampons bestehen aus einem Polyvinylalkohol-Schaumstoff (PVA). Es sind aber auch Tampons aus stark aufgeschäumtem Polyurethan erhältlich, die mit einer wasserlöslichen Folie umhüllt sind, welche sich beim Kontakt mit der Schleimhaut des Darms auflöst. Beide Arten sind dermatologisch und toxikologisch unbedenklich sowie immunologisch inaktiv. Darmgase können ungehindert entweichen.

Mit dem Anal-Tampon wird eine Barriere für festen Stuhlgang geschaffen und der Betroffene ist über einen gewissen Zeitrahmen kontinent.

Die Anwendung der zwei verschiedenen Arten wird in der Gebrauchsanleitung der Hersteller beschrieben und gestaltet sich relativ einfach.

---

## 9.1.6 Aufsaugende Inkontinenzversorgung

---

Die aufsaugenden Hilfsmittel sind heute moderne dreiteilig aufgebaute Einmalprodukte mit einem flüssigkeitsabweisenden Vlies. Sie bestehen aus Zellstoff mit einem integrierten geruchsbindenden Superabsorber (Gelbinder) und sind mit einer wasserundurchlässigen Schicht auf der dem Körper abgewandten Seite versehen.

Für die Versorgung des Betroffenen mit aufsaugenden Inkontinenzmaterialien stehen eine Auswahl von anatomisch geformten Vorlagen, Pants, Pullons, Trainers oder Windeln zur Verfügung (Wikipedia.Stuhlinkontinenz o.J.).

Aufsaugende Inkontinenzmaterialien sollten erst dann zum Einsatz kommen, wenn alle anderen Möglichkeiten des Darmmanagements ausgeschöpft worden sind. Das Ziel der Versorgung muss die Erhaltung der sozialen Kompetenz des Betroffenen sein. Seine individuellen Bedürfnisse stehen immer an erster Stelle.

Als weitere Inkontinenzhilfsmittel werden an dieser Stelle noch die Fäkal Kollektoren und Stuhldrainagesysteme genannt. Fäkal Kollektoren sind derzeit von den Herstellern Hollister (Fäkal Kollektor) und B.BRAUN (Biotrol® Kollektor I.F.) erhältlich, die Stuhldrainagesysteme werden von den Herstellern Convatec (Flexi-Seal®) und Hollister (ActiFlo®) angeboten. Diese Systeme werden hier aber nicht näher erläutert.

---

## 9.2 Physikalische Therapie

---

Bei der physikalischen Therapie handelt es sich um ein komplexes Trainingsprogramm, bei dem die Fähigkeit des Patienten, bisher automatisch ablaufende Körperfunktionen bewusst zu erleben und korrigierend zu steuern, gefördert werden kann. Bei der analen Inkontinenz ist die Stärkung der

Beckenboden- und Sphinktermuskulatur sinnvoll.  
Zu den physikalischen Therapiemöglichkeiten zählen:

- das Beckenbodentraining
- das Biofeedback-Sphinktertraining
- die Elektrostimulation

(Stoll-Salzer / Wiesinger 2005, 41) (Herold / Sprockamp / Dlugosch 2005, 38).

Im Anschluss folgt eine kurze Darstellung der Therapiemöglichkeiten.

---

## 9.2.1 Beckenbodentraining

---

Das Beckenbodentraining ist ein aktives Muskeltraining und der Erfolg ist stark abhängig von der Mitarbeit des Betroffenen.

Bei allen geplanten Rückverlagerungen ist es zur Prophylaxe einer späteren Schließmuskelschwäche zu empfehlen, schon in der Zeit bis zur Rückverlagerung mit einem Beckenboden- und Schließmuskeltraining zu beginnen. Dies muss aber immer mit dem behandelnden Arzt abgesprochen werden, besonders nach einer tiefen Resektion.

Die Beckenbodenmuskulatur ist der einzige Abschnitt des Verschlussapparates von Blase und Darm, welcher willkürlich beeinflussbar ist. Praktisch bedeutet das, dass der Betroffene sich diese Muskeln in sein Bewusstsein rufen und willentlich anspannen und entspannen kann. Um den gewünschten Erfolg zu erzielen, ist es ratsam, die Einweisung in das Training von einem erfahrenen Physiotherapeuten durchführen zu lassen. Es sind keine zusätzlichen Hilfsmittel erforderlich und nach dem Erlernen der richtigen Technik kann der Betroffene das Training allein zu Hause durchführen.

Mit einem konsequenten Beckenbodentraining, Geduld, viel Eigenmotivation und Regelmäßigkeit sowie Ausdauer vorausgesetzt, können gute Erfolge erzielt werden. Es wird mit leichten Übungen begonnen, welche dann in der Intensität gesteigert und der Beweglichkeit des Betroffenen angepasst werden (Stoll-Salzer / Wiesinger 2005,41).

---

## 9.2.2 Biofeedback

---

Durch das Biofeedback-Training wird die Verschlusskraft und die Kontraktionsstärke des Schließmuskelapparates verbessert und gesteigert.

Die Zeitspanne zwischen Dehnungsreiz und spürbarem Stuhldrang und der Anspannung der Schließmuskulatur wird verkürzt. Bei der Stuhlinkontinenz wird die Kontraktionskraft des Schließmuskels mit der Manometriesonde in ein Licht- oder Tonsignal umgewandelt und kann durch optische oder akustische Signale sichtbar gemacht werden.

Von einem Biofeedback-Training können fast alle Anwender profitieren.

Störungen der nervalen Schließmuskelsteuerung oder Verletzungen des muskulären Sphinkters stellen eine

Ausnahme dar. Genau wie beim Beckenbodentraining ist die Wirksamkeit der Therapie entscheidend von der Mitarbeit des Betroffenen abhängig. Durch die optische bzw. akustische Anzeige wird der Betroffene motiviert, da er den Fortschritt des Trainings sehen oder hören kann.

Das Biofeedback-Gerät wird von der Krankenkasse meist als Leihgabe zur Verfügung gestellt. Der behandelnde Arzt muss den Betroffenen in die Handhabung des Gerätes einweisen und den Erfolg der Behandlung regelmäßig kontrollieren.

Das Biofeedbacktraining kann sowohl mit der Beckenbodengymnastik als auch mit der Elektrostimulationstherapie kombiniert werden (Slavova / Ritz o.J.) (Inkontinenz-Selbsthilfe e.V. Windeln und Vorlagen.o.J.) (Stoll-Salzer / Wiesinger 2005, 42-43) (Herold / Sprockamp / Dlugosch 2005, 41).

---

## 9.2.3 Elektrostimulation / Magnetstimulations-therapie

---

Bei dieser Therapieform wird der Schließmuskel nicht wie beim Biofeedback aktiv vom Betroffenen angespannt, sondern die Kontraktion wird ohne Hilfe des Betroffenen durch elektrische Stromimpulse ausgelöst. Eingesetzt wird die Elektrostimulation zur Kräftigung des Schließmuskels und der Beckenboden-muskulatur, wenn Nervenbahnen im kleinen Becken oder unteren Rückenmark geschädigt sind, da die Muskulatur durch die elektrischen Impulse direkt angeregt wird. Regelmäßig angewendet bewirkt diese Therapie ein Muskelwachstum mit einer Verbesserung der Kontraktionsfähigkeit und Steigerung der Muskelspannung. Dadurch kann eine Verbesserung des Ruhedrucks des Schließmuskels erzielt werden.

Die Anwendung der Elektrostimulation ähnelt dem Biofeedbacktraining und kann im häuslichen Umfeld durchgeführt werden. Eine Besserung tritt auch hier erst nach einigen Wochen ein und ist ebenfalls von der Mitarbeit des Betroffenen abhängig (Inkontinenz-Selbsthilfe e.V. Windeln und Vorlagen. o.J.).

Positiv wirkt sich die Anwendung der physikalischen Therapiemöglichkeiten schon vor der geplanten Rückverlagerung des Stomas auf die Stuhlinkontinenz aus. Aber auch postoperativ können gute Ergebnisse erzielt werden.

---

## 9.3 Medikamentöse Therapie

---

Durch die Gabe von Medikamenten kann die Stuhlinkontinenz so beeinflusst werden, dass nicht mit einer unerwarteten Defäkation gerechnet werden muss. Um den Darm zu einer bestimmten Zeit zu entleeren, können nach Absprache mit dem Arzt Abführmittel (Laxantien) in Form von Zäpfchen oder Klistieren zum Einsatz kommen. Sie haben die Aufgabe, die Verweildauer des Stuhls im Colon und im Rektum zu



verkürzen. Mit Medikamenten, die auf die Darmmotorik wirken, kann die Kontinenz zusätzlich verbessert werden. So sorgen beispielsweise Loperamid oder Imodium für eine verminderte Bewegung des Darmes und für eine erhöhte Rückresorption des im Darminhalt befindlichen Wassers. Das Stuhlvolumen verringert sich und die Konsistenz wird fester (Wikipedia Stuhlinkontinenz o.J.) (Hegeholz o.J., 4) (www.kolo-proktologie.de o.J.).

Bei anhaltender Diarrhoe kann auch mit Tinktura Opii normata die übersteigerte Darmperistaltik reguliert werden. Der Darminhalt wird unter dieser Therapie eng von der Darmwand umschlossen und die Passagezeit wird verlängert. Das Wasser wird vermehrt rückresorbiert und der Stuhl dickt sich ein (MAROS 2008). Diese Medikamente können rektal oder oral ohne großen Aufwand verabreicht oder eingenommen werden.

---

## 9.4 Operative Therapie

---

Bevor man sich für eine operative Therapie entscheidet, sollten alle anderen therapeutischen Maßnahmen ausgeschöpft worden sein. Es stehen verschiedene Operationsmöglichkeiten zur Auswahl. Welches Verfahren angewendet wird und ob eine Operation sinnvoll ist, hängt von der Diagnose ab. Folgende Verfahren stehen zur Verfügung: Nachfolgend werden die verschiedenen Verfahren kurz erläutert.

---

### 9.4.1 Sphinkter-Rekonstruktion

---

Die Sphinkter-Rekonstruktion bietet sich an, wenn der äußere Schließmuskel verletzt wurde und nicht mehr richtig arbeitet, weil die Funktionsfähigkeit durch Narben (Bindegewebe) beeinträchtigt ist. Das Narbengewebe wird entfernt und das Muskelgewebe wiederzusammengenäht. Eine Sphinkter-Rekonstruktion hat gute Aussichten auf Erfolg, wenn die Nerven unbeschädigt geblieben sind. Eine Kombination mit einer Sphinkter-Raffung ist möglich (Herold / Sprockamp / Dlugosch 2005, 44-45).

---

### 9.4.2 Sphinkter-Raffung

---

Eine Sphinkter-Raffung wird angewendet, wenn keine Bindegewebslücke vorliegt. Die Raffung erfolgt vor oder hinter dem Analkanal oder auch als Kombination von beiden Möglichkeiten. Der innere Schließmuskel wird durch einen Hautschnitt freigelegt und so zusammengenäht, wie man ein ausgeleiertes Gummiband raffen würde. Diese Methode wird heute nur noch selten empfohlen, da die Resultate nicht befriedigend sind (nach ca. fünf Jahren lässt die Schließmuskelfunktion wieder nach) (Herold / Sprockamp / Dlugosch 2005, 46-47).

---

### 9.4.3 Dynamische Graziis-Plastik

---

Bei dieser Methode wird der Graziismuskel (langer schlanker Skelettmuskel), welcher an der Innenseite des Oberschenkels verläuft, an seinem unteren Ansatz abgelöst und ringförmig um den After verpflanzt. So wird ein neuer Schließmuskel gebildet. Anfänglich kann es zu Ermüdungserscheinungen kommen, da die Oberschenkelmuskulatur ursprünglich nicht für eine Dauerleistung, sondern nur für kurzfristige Höchstleistungen konzipiert ist. Ein elektrischer Impulsgeber trainiert den Muskelfasern die Eigenschaften eines auf Dauerspannung angelegten Sphinkters an und wirkt dem entgegen (Herold / Sprockamp / Dlugosch 2005, 48-49) (Stoll-Salzer / Wiesinger 2005,44).

---

### 9.4.4 Sphinkter-Ersatz

---

Bei dieser Operation wird ein künstlicher Schließmuskel geschaffen. Eine aufblasbare Manschette (artificial bowel sphinkter) wird um den Analkanal herum eingepflanzt. Das System kann dann vom Betroffenen über eine unter der Haut liegende Pumpe gesteuert werden. In den meisten Fällen kann hierdurch eine Kontinenz für flüssigen und festen Stuhl erzielt werden (Herold / Sprockamp / Dlugosch 2005, 49-50) (Stoll-Salzer / Wiesinger 2005,44).

---

### 9.4.5 Sakrale Nervenstimulation

---

Wenn die herkömmlichen Behandlungsformen nicht den erhofften Erfolg verzeichnen, kann die Stimulation der Sakralnerven (InterStim-Therapie) in Erwägung gezogen werden. Der Betroffene stimuliert über einen implantierten Impulsgeber die Sakralnerven. Der äußere Sphinkter zieht sich dadurch zusammen und der Analkanal wird verschlossen. (Herold / Sprockamp / Dlugosch 2005, 50-51) (Medtronic GmbH 2011).

---

### 9.4.6 Neuere experimentelle Verfahren

---

Auch in der Inkontinenztherapie werden neue Verfahren entwickelt. Diese Verfahren befinden sich aber noch im Versuchsstadium und es kann deshalb noch keine definitive Aussage über ihre Wirksamkeit gemacht werden. Die neuen Therapieansätze konzentrieren sich auf den inneren Schließmuskel. Es wird versucht, diesen künstlich dicker zu

machen, um den Ruhedruck und das unwillkürliche Rückhaltevermögen zu verbessern.

Als mögliche Varianten sind die Injektion von verschiedenen Substanzen wie Silikon und Kollagen oder Mikro-Ballonen sowie die Secca-Methode zu nennen. Hier werden im Analkanal mit Induktionswärme kleinste Narben verursacht, die eine Verdickung des inneren Schließmuskels und eine Verbesserung der Muskelspannung bewirken (Herold / Sprockamp / Dlugosch 2005, 51).

---

## 9.4.7 Stoma

---

Wenn die oben genannten Therapiemöglichkeiten nicht erfolgreich sind bzw. nicht in Frage kommen, bleibt als letzte Möglichkeit nur die erneute Anlage eines Stomas. Wenn der Leidensdruck des Betroffenen zu groß geworden ist, wird er diese Option zwar nicht als die Lösung, aber als Erleichterung empfinden, weil er sich in seinem sozialen Umfeld weniger eingeschränkt bewegen kann als mit der Stuhlinkontinenz.

---

## 10 Psychosoziale Aspekte der Stuhlinkontinenz

---

Die Stuhlinkontinenz stellt auch in der heutigen Zeit immer noch ein verstecktes Problem dar, infolge dessen es zu sozialer Isolation, Verlust von Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen oder Depressionen kommen kann.

Die Lebensgewohnheiten der Betroffenen verändern sich drastisch, wenn es zu nicht kontrollierbaren Abgängen von Winden und Stuhl kommt. Die damit verbundenen Gerüche und Geräusche sind für alle Beteiligten äußerst peinlich und mit Scham und Ekel verbunden. Aus diesem Empfinden heraus versucht der Betroffene, seine Krankheit so lange wie möglich geheim zu halten.

Je nach Schweregrad der Inkontinenz zieht sich der Betroffene immer mehr zurück, beschränkt seine sozialen Kontakte auf ein Minimum und vermeidet es, aus dem Haus zu gehen.

Wenn in dieser Situation das soziale Umfeld ablehnend reagiert, werden die psychischen Belastungen noch verstärkt. Es kann vorkommen, dass enge Familienangehörige und gute Freunde sich zurückziehen, und zwar nicht aus mangelnder Zuneigung, sondern weil sie unsicher, überfordert und unfähig sind, mit dem Problem zurechtzukommen.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass die psychosozialen Belastungen bei Stuhlinkontinenz sehr vielfältig und beeinträchtigend sein können.

Der Betroffene muss lernen, seine Inkontinenz zu akzeptieren und wieder am sozialen Leben teilzunehmen. Er sollte sich zudem die Frage stellen, wie er mit seiner Inkontinenz leben kann, wenn es keine Aussicht auf Besserung oder Heilung besteht.

Folgende Aspekte spielen hierbei eine zentrale Rolle:

- frühzeitiges Abklären der Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten durch einen Facharzt
- Information über und Suche nach geeigneten Kontinenzhilfsmitteln
- gute Planung und Vorbereitung von Freizeitaktivitäten und Reisen
- angemessene Gestaltung der Wohnung
- Menschen finden, mit denen über die Inkontinenz und die damit verbundenen Einschränkungen gesprochen werden kann
- Suche nach Möglichkeiten, um trotz Inkontinenz eine erfüllte Partnerschaft und Sexualität leben zu können
- unterstützende Angebote suchen (Selbsthilfegruppen, psychologische Beratung / Therapie, Entspannungstraining)
- Kostenübernahme für therapeutische Maßnahmen und Hilfsmittel durch Versicherungsträger abklären.

Durch Aufklärung, Information und Beratung können das Wohlbefinden und die Lebensqualität von stuhlinkontinenten Betroffenen und ihren Angehörigen gesteigert, aber auch Pflegefachkräfte in ihrer Arbeit unterstützt werden (Wikipedia. Stuhlinkontinenz o.J.).

---

## 10.1 Angebote zur Entlastung

---

Unterstützend zu den oben genannten therapeutischen Möglichkeiten stehen den Betroffenen weitere Angebote wie z.B. Selbsthilfegruppen, die psychologische und psychotherapeutische Unterstützung sowie verschiedene Entspannungstechniken zur Verfügung.

Über eine Selbsthilfegruppe kann der Betroffene Kontakt zu Personen aufnehmen, um seine körperlichen und / oder psychischen Störungen bzw. Krankheiten besser anzunehmen und damit auch leben zu können.

Hier werden Erfahrungen und Informationen ausgetauscht, Ratschläge gegeben und Kontakte geknüpft. Das bewusste Erleben, mit diesen Problemen nicht allein zu sein, kann eine entlastende Wirkung aufzeigen. Die Betroffenen können sich untereinander Anregungen, Verständnis, Unterstützung und auch Trost geben.

Zudem besteht die Möglichkeit, die Hilfe von ausgebildeten Psychologen und Psychotherapeuten in Anspruch zu nehmen, wenn der Betroffene es nicht aus eigener Kraft schafft, mit seiner Krankheit zurechtzukommen. Bei der Auswahl können der Hausarzt oder die Krankenkasse behilflich sein.

Bei einer psychisch bedingten Stuhlinkontinenz können individuelle Entspannungstechniken sehr hilfreich sein. Aber auch bei organischen Störungen können diese zur Anwendung kommen. Zur Auswahl stehen u.a. Atemübungen, die progressive Muskelentspannung, autogenes Training oder Yoga (Herold / Sprockamp / Dlugosch 2005, 80-84).

Zur Verdeutlichung der Problematik sind auch Informationsbroschüren z. B. von der Deutschen Kontinenz Gesellschaft e.V. oder von der Firma Coloplast erhältlich.

---

## 11 Zusammenfassung/Fazit

---

Bei der Erstellung dieser Facharbeit ist mir sehr bewusst geworden, dass über das Thema Stuhlinkontinenz heute immer noch geschwiegen wird. Während über die Harninkontinenz inzwischen öffentlich gesprochen und über die Medien Werbung zu verschiedenen Produkten gemacht wird, bleibt alles tabuisiert, was mit Stuhlinkontinenz verbunden ist. Dieser Zustand bedarf einer dringenden Veränderung! Die Stuhlinkontinenz muss genau wie die Harninkontinenz von den Medizinerinnen und auch in der Öffentlichkeit erörtert werden. Falsche Scham ist an dieser Stelle fehl am Platz. Vielen Betroffenen könnte bei entsprechender Aufklärung und frühzeitiger Behandlung ein großes Stück Lebensqualität zurück gegeben werden. Trotz aller Nachforschungen sind einige Fragen offen geblieben. So kann kein Mediziner sicher festlegen, welcher Zeitraum von der Rückverlagerung des Stomas bis zum Erreichen der vollständigen Kontinenz als „normal“ zu betrachten ist. Die Betroffenen bekommen oftmals den Satz zu hören: „Das wird schon wieder. Das dauert seine Zeit.“ Ebenso bleibt offen, ob die Stuhlinkontinenz als Folge der Operation bzw. Therapie anzusehen ist.

Durch meine Recherche bin ich auch darauf gestoßen, dass es in den Kliniken nicht zum Standard gehört, die Schließmuskelfunktion vor der Stomaanlage zu prüfen. So liegt in den meisten Fällen kein Ausgangswert vor und damit auch kein Vergleichswert für die Sphinkterdruckmessung vor der Rückverlagerung des Stomas. Hier könnten die Kliniken schon einen großen Beitrag zur Prophylaxe der Stuhlinkontinenz leisten. Es bleibt aber auch die Frage offen, wie effektiv diese Untersuchung anzusehen ist, da der Betroffene in dieser Phase bereits Probleme haben kann. Ich bin der Meinung, dass die betreuende Stomafachkraft bei den Patienten, bei denen eine Stomarückverlagerung geplant ist, individuell beratend aktiv werden muss. Je besser die Betroffenen durch entsprechende Maßnahmen auf die Rückverlagerung vorbereitet werden, umso günstiger ist die Prognose für die Heilungsphase. Ich bin zu der Erkenntnis gekommen, dass in diesem speziellen Bereich noch zu wenig von Seiten der Pflegeexperten getan wird. Nicht umsonst wird gesagt: „Nachsorge heißt Vorsorge und umgekehrt, denn nach der Therapie ist vor der Therapie.“ Diesen Satz sollten sich alle an der Versorgung beteiligten Personen zu Herzen nehmen. Unsere Arbeit ist nicht automatisch mit der Rückverlagerung des Stomas beendet, hier muss für die Zukunft ein Umdenken erfolgen. Die Betroffenen haben Anspruch auf eine professionelle medizinische und pflegerische Beratung. Durch die Betreuung des Patienten in der Zeit von der Anlage bis zur Rückverlagerung wird bereits ein Vertrauensverhältnis aufgebaut. Diese Phase muss und kann meiner Meinung nach effektiver genutzt werden. Unsere Aufgabe ist es, den Betroffenen aufzuzeigen, dass wir nicht nur für die Kontrolle des Stomas und die Bereitstellung der benötigten Materialien verantwortlich sind. Die Pflegeexperten sind auch nach der Rückverlagerung wichtige

Ansprechpartner für eventuell auftretende Probleme. Die Nachbetreuung kann individuell erfolgen oder in der Stomasprechstunde, in die die Betroffenen zur Nachkontrolle bzw. Beratung einbestellt werden können. Durch unsere fachliche Kompetenz haben wir an dieser Stelle die Pflicht, dem Betroffenen auch in dieser Phase zur Seite zu stehen. Als Unternehmen haben wir für die Zukunft die Nachbetreuung mit in unser Portfolio aufgenommen. So werden wir den verwendeten Fragebogen in einer überarbeiteten Version für die Nachbetreuung der von uns versorgten Patienten einsetzen, damit eine bessere Verlaufskontrolle erfolgen kann. Außerdem bekommen alle Patienten, bei denen eine protektive Stomaanlage erfolgt, einen Ratgeber zur Vorbereitung auf die Rückverlagerung ausgehändigt. Dieser wird derzeit von uns in eigener Regie erstellt, mit dem Ziel, den Betroffenen den Ablauf zu verdeutlichen und um frühzeitig prophylaktisch einer Stuhlinkontinenz entgegen zu wirken. Der Ratgeber enthält Informationen über kontinenzfördernde Maßnahmen, wie Ernährung und Beckenbodentraining oder Biofeedback. Es werden Tipps zur Hautpflege und Informationen über die verschiedenen Hilfsmittel gegeben. Dieses Medium wird aber auch Ärzten und anderen an der Betreuung beteiligten Fachkräften zur Verfügung stehen. Durch die Erstellung dieser Facharbeit und dem intensiven Auseinandersetzen mit dieser Materie wurde mir die Problematik überdeutlich bewusst. Ich habe erkannt, dass ich mich auch über die Facharbeit und die Zeit der Ausbildung hinaus weiter mit diesem Thema beschäftigen muss. Vielleicht besteht auch die Möglichkeit, in den nachfolgenden Kursen die Problematik rund um die Stomarückverlagerung in den Fachunterricht einzubinden.

Heike Schott

---

*So eine Arbeit wird eigentlich nie fertig,  
man muss sie für fertig erklären,  
wenn man nach Zeit und Umständen  
das Möglichste getan hat.  
– Johann Wolfgang von Goethe*

---