



Gesund fühlen, gesund bleiben,  
gesund erhalten

## Operationsfolgen immer auch Operationsschä- den? (Teil 2)

Von **R. Winkler**

### Vorbeugung von Stomakomplikationen

Stomaanlagen sind komplikationsanfällige Konstruktionen. Das frühere Hauptproblem jedes Stomas, die Neigung zu einer Hautentzündung in der Stomaumgebung durch den Stuhlkontakt, ist bei den heutigen Versorgungsmöglichkeiten weitgehend geschwunden. Die häufigsten Hautreaktionen beruhen denn heute auch auf Unverträglichkeitsreaktionen, denen mit einem Wechsel des Versor-

**Es ist darauf zu achten, dass die Ausschnittsweite von Beutel oder Basisplatte genau der Stomaform angepasst ist.**

orgungssystems im allgemeinen leicht abgeholfen werden kann. Ein relativ häufiger Fehler ist die Wahl einer zu großen Ausschnittsöffnung für die Stomaversorgung, so dass in der Stomaumgebung Hautpartien frei liegen. Durch chronische Reizung der Haut kann sich hier eine sehr unangenehme Hautentzündung einstellen, die über sekundäre Schrumpfungsvorgänge auch die Ent-

wicklung einer Enge des Stomas (Stenose) begünstigen kann. Es ist also darauf zu achten, dass die Ausschnittsweite von Beutel oder Basisplatte genau der Stomaform angepasst ist.

Jede Stomaausleitung schafft eine Lücke im Gefüge der Bauchdecke. Durch den positiven Bauchinnendruck wie auch körperliche Belastungen kann diese Lücke

**Wegen des Bruchrisikos empfehle ich allen Stomaträgern – zumindest für körperliche Belastungen - eine maßgefertigte Leibbinde.**

so aufweiten, dass sich Darmschlingen neben dem Stoma vordrängen, mithin ein Bruch entsteht. Dieses Bruchrisiko ist natürlich abhängig vom Stomatyp und den Konstitutionsmerkmalen, erreicht aber kumulativ immerhin ein Risiko von annähernd 40 % nach fünf Jahren. Angesichts eines solchen Risikos empfehle ich allen Stoma-

maträgern eine maßgefertigte Leibbinde, die zumindest unter körperlichen Belastungen getragen werden sollte.

Auch wenn hierüber keine Zahlen vorliegen, so erscheint mir das Risiko, Komplikationen zu entwickeln, bei Stomaträgern, die irrigieren, deutlich geringer. Neben positiven Selektionsfaktoren ist dieses durchaus auch auf das Funktionsprinzip

der Irrigation mit der kontrollierten widerstandsarmen Stuhlentleerung zurückzuführen.

### Typische Stomakomplikationen und ihre Behebung



Bruchbildung (Hernie) im Stomabereich

Häufigste Stomakomplikation ist, wie erwähnt, die **Bruchbildung** (peri- oder parastomale **Hernie**). So weit es sich um kleinere Bruchformen handelt, die die Versorgung des Stomas nicht behindern, genügt in der Regel die Anfertigung einer elastischen Leibbinde, mit der der Bruch zurückgehalten werden kann. Diese Leibbinde muss allerdings im Liegen bei eingesunkenem Bruch angelegt werden. Größere Brüche, die die Versorgung behindern oder unsicher machen, müssen operiert werden. Auch wenn es zu Einklemmungen des Darmes im Bruch kommt, ist eine Operation unverzichtbar.



Darmvorfall (Prolaps)

Nächsthäufige Komplikation ist der **Darmvorfall (Prolaps)**. Er entwickelt sich, wenn der zum Stoma führende Darmabschnitt in der Bauchhöhle nicht ausreichend fixiert ist. Eine Operationsnotwendigkeit besteht dann, wenn der Prolaps aufgrund seiner Größe zum Versorgungshindernis wird oder aber wegen einer Reizung der Schleimhaut zu häufigen Blutungen führt. In der Regel ist die operative Beseitigung einfach, indem man das Stoma auslöst, das überschüssige Darmmaterial beweglich macht, entfernt und das

Darmende als neues Stoma wieder einpflanzt.

Die **Stomaverengung (Stenose)** kann zu Entleerungsstörungen und damit auch Schmerzen im Bauchraum durch die Kotrückstauung führen. Faustregel ist, dass ein Stoma, das nicht mehr mit dem Finger passiert werden kann, erweitert werden sollte. Da die Mehrzahl der Engen sich im Hautniveau entwickelt, ist die Operation sehr einfach, teilweise sogar in örtlicher Betäubung möglich. Die **Einziehung des Stomas**



Einziehung (Retraktion)

**(Retraktion)** führt durch die mangelhafte

Schutzmöglichkeit der Haut im Einziehungstrichter sehr häufig zu chronischen Hautentzündungen, die über ihre sekundäre Schrumpfung dann zusätzlich eine Enge bewirken können. Liegt eine solche Ein-

ziehung vor, ist daher zweckmäßig eine operative Korrektur anzustreben, die sich zumeist auch ohne größeren Aufwand am Stomaort erreichen lässt.

**Eitrige einschmelzende Entzündungen (Abszesse)** in der Stomaumgebung sind heute seit der Anwendung sich vollständig auflösender Nahtmaterialien selten geworden. Am häufigsten beobachtet man sie noch im Zusammenhang mit einer Stomaanlage bei einer Morbus Crohn-Erkrankung. Die operative Entlastung derartiger Abszesse hat immer so zu erfolgen, dass sie die Versorgungssicherheit des Stomas nicht gefährdet. Ist Auslöser der Abszedierung eine Darmentzündung, so kann mit der Abszessausheilung eine entzündliche Gangverbindung, eine Fistelung, verbleiben. Hat diese Fistelung einen größeren Gangdurchmesser, so kann neben der Eiterabsonderung auch Darminhalt ausgeschieden und damit die Versorgungssituation sehr schwierig werden. Die Behandlung einer solchen Komplikation ist darum aufwendig, weil sie fast immer eine Verlegung des Stomas erfordert und damit eine neuerliche Baucheröffnung notwendig macht.

Eine besondere Hautentzündung kann sich bei Stomaträgern, die an einem Morbus Crohn erkrankt sind, in Form einer geschwürig fressenden Hautentzündung einstellen, dem sogenannten **Pyoderma gangraenosum**. Derartige Geschwüre können die Haut teilweise größer flächig unterwandern und in den Randzonen mit fistelartigen Durchbrüchen durchlöchern. Solche Hautunterminierungen müssen abgetragen werden, da sie eine Ausheilung unmöglich machen. In vielen Fällen gelingt glücklicherweise eine Abheilung unter Hautschutzplatten. Schwierigere und hartnäckige Veränderungen können aber durchaus auch eine Verlagerung des Stomas auf die Gegenseite erfordern.

Vergleichsweise häufige Veränderungen sind **warzenartige Schleimhautwucherungen**, sogenannte **entzündliche Pseudopolypen**. Sie entstehen aus überschießenden Wucherungen bei Reizungen und kleineren Verletzungen der Schleimhaut des Darmes bzw. der Grenzzone zwischen Haut und Schleimhaut am Stomarand. Unangenehm werden können sie durch ihre Neigung zu anhaltenderen Blutungen. Für diese Zwecke ist Eisenchlorid- oder Claudenwatte vorzuzahlen, womit sich die Blutung durch Aufpressen leicht stillen lässt. Störende Formationen können durch Ätzung mit Höllensteinstift oder Abtragung beseitigt werden. Allerdings kommen sie vielfach wieder. Wichtigste Vorbeugungsmaßnahme ist die schonende Reinigung der Schleimhaut. Bisweilen sind sie, vor allem dem weniger Erfahrenen, gegenüber einer echten Neubildung, die unbedingt abgetragen werden muss, schwer abgrenzbar. Infolge der zwangsläufigen Reizung der Darmschleimhaut ist diese ohnehin stärker gefährdet, Neubildungen zu entwickeln. Finden sich also verdächtige Formationen, so ist in jedem Fall die Abtragung und feingewebliche Untersuchung ratsam. Stammen Blutungen nicht eindeutig aus dem Bereich des Stomas, sondern entleeren sich aus der Stomaöffnung, so ist natürlich eine Abklärung durch eine Darmspiegelung unverzichtbar, vor allem auch im Hinblick auf das oben angesprochene Risiko einer Zweiterkrankung an echten Neubildungen.

## **Probleme des Beckenraumes (sogenannte Postproktomie Syndrome)**

Die anatomische Situation des Beckenraumes ist für die Heilungsprozesse wie auch die Sekundärveränderungen der Beckenhöhle im Zuge der Ausheilung sehr ungünstig. Die notwendige Starrheit des Beckenrahmens verhindert die für eine Ausheilung wichtigste Möglichkeit einer Wundschumpfung. Der Mastdarm selbst nimmt einen großen Teil der Beckenhöhle ein. Diese Wundhöhle muss daher im wesentlichen durch Verlagerung benachbarter Organe geschlossen werden.

**Ein chirurgischer Kunstgriff: Ausfüllung des Beckenraumes durch das sogenannte große Netz.**

Einen wesentlichen Heilungsvorteil bedeutet ein chirurgischer Kunstgriff in der Ausfüllung des Beckenraumes durch das sogenannte große Netz. Hier handelt es sich um eine breite von Bauchfell überkleidete Fettgewebsschürze, die vor dem Eingeweidepaket entwickelt ist. Durch

Stielung dieses Netzes auf die linke Seite hin lässt sich oftmals ein so großer Gewebelappen gewinnen, dass damit die Beckenhöhle mehr oder weniger vollständig ausgefüllt werden kann. Da dieser Lappen aufgrund seiner Zelleigenschaften über eine vorzügliche Entzündungsabwehr verfügt, bewirkt eine solche Lösung eine deutliche Verbesserung der Wundheilung in der Kreuzbeinhöhle. Zudem wird der Dünndarm aus der Kreuzbeinhöhle abgedrängt, was das spätere Risiko von verwachsungsbedingten Darmpassagestörungen in der Kreuzbeinhöhle mindert. Muss eine Nachbestrahlung erfolgen, wird durch diese Maßnahme der Dünndarm auch weniger belastet, so dass Strahlenreaktionen am Dünndarm ungleich geringer sind. Schließlich wird auch das Risiko gemindert, dass die Harnblase stärker nach hinten verzogen wird oder nach unten abkippt, was zu Harnblasenentleerungsstörungen mit unvollständiger Harnblasenentleerung und erhöhter Infektanfälligkeit der Harnblase führen würde. Dagegen ist es bei Frauen durchaus willkommen, wenn Scheide und - so weit noch vorhanden -

**Die Schwächung des Beckenbodens wird durch die Narbenbildung nur unzureichend kompensiert.**

Gebärmutter mit der Kreuzbeinhöhle verwachsen, da sie die Abdichtung des Beckenbodens nach unten verstärken. Da bei einer Mastdarm-entfernung wegen eines Krebsleidens auch die Beckenmuskulatur möglichst weit in den Randzonen abgetragen werden soll, besteht eine

zwangsläufige Schwäche des Beckenbodens, die durch die Narbenbildung nur mehr oder weniger unzureichend kompensiert wird. Vielfach verspüren Betroffene dies mit einem unangenehmen Dranggefühl am Beckenboden, einem dumpfen Ziehen oder dem Gefühl, als fielen alles nach unten heraus. Natürlich disponiert diese Situation auch zur Ausbildung eines Bruches (perineale Narbenhernie). Dass sich dieses Risiko in praxi aber vergleichsweise selten einstellt, liegt unter anderem auch daran, dass der Aufhängeapparat des Dünndarms nur über eine begrenzte Länge verfügt und damit Dünndarmschlingen sich selten so tief einstellen können, um auch einen manifesten Bruch zu bewirken. Die Reparatur eines

solchen Bruches kann recht schwierig werden, da die örtliche Gewebefestigkeit oftmals keinen ausreichenden Halt bietet, Rückfälle von daher häufig sind und erst durch das Einziehen von nicht auflösbaren Kunststoffnetzen eine ausreichende Stabilität erreicht werden kann.

**Hauptproblem nach Mastdarmentfernung ist die verzögerte Wundheilung der Beckenhöhle.**

Hauptproblem der Beckenhöhle nach einer Mastdarmentfernung ist in der Frühphase nach der Operation die verzögerte Ausheilung der Operationswunde. Vollends ist dies der Fall, wenn wegen Schwierigkeiten bei der Operation (kotige

Verunreinigung, schwierige Blutstillungssituation) die Wunde primär offen gelassen und austamponiert werden muss. Wegen der erwähnten fehlenden Schrumpfungsfähigkeit der Beckenhöhle kann sich eine derartige Heilungsstörung über Monate, nicht selten aber sogar über Jahre hinziehen. Auch nach der Abheilung können Entzündungsreste in der Narbe verbleiben, die gelegentlich Anlass für einen Spätabszess werden. In anderen Fällen kann die Narbe so unregelmäßig gestaltet sein, dass, insbesondere bei starker Umgebungsbehaarung, Haare sich in die Narbe einspießen, durch die Rollbewegungen des Gesäßes gleichsam drillbohrerartig in die Narbe eingetrieben werden und hier dann einen oberflächlichen Abszess auslösen.

**Bei Frauen kann es infolge einer Scheidenabsenkung zu Problemen kommen.**

Durch die Fixation der Scheide in der Kreuzbeinhöhle verläuft die Scheide nicht mehr schräg in die Beckenhöhle hinein sondern nahezu horizontal über der hinteren Narbe. Dies kann zu Problemen beim Geschlechtsverkehr wie auch zu

Schmerzen führen. Bei einer Neigung zu einer Gewebeerweichung, vollends, wenn aus Gründen der vollständigen Tumorentfernung die Scheidenhinterwand mit abgetragen werden musste, kann sich ein sehr lästiger Scheidenvorfall einstellen, der schwierig zu beheben ist.

Sehr wichtige, oft in ihrer Ursache und Bedeutung aber verkannte Störungen betreffen die ableitenden Harnwege. So können die die Funktion der Harnblase und die männliche Potenz steuernden autonomen Nervenbahnen vor allem bei Krebsoperationen, die oft eine großräumigere Gewebeerweichung erfordern, geschädigt werden. Neben oft wenig bemerkten **Harnblasenentleerungsstörungen** führt dies vor allem zu einem **Potenzverlust**, sei es der Gliedaufrichtung oder des Samenergusses oder beider. Die Häufigkeit derartiger Störungen wird im medizinischen Schrifttum außerordentlich unterschiedlich angegeben. Teilweise wird sie in über 90 % berichtet. Nach meinen Erfahrungen ist eine Größenordnung von etwa 40 % realistisch. Besonders misslich ist diese Komplikation bei jüngeren Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen. Für die Operation dieser Patienten gilt daher die Forderung, die Mastdarmentfernung möglichst eng am Mastdarm zu betreiben, um die Regionen dieser mit dem Auge nur selten wahrnehmbaren Nervenregionen zu vermeiden. Schon angesprochen wurde die

Verlagerung der Harnblase mit den hieraus resultierenden Entleerungsstörungen. Dies kann sich vor allem mit den angesprochenen Innervationsstörungen durchaus relevant bemerkbar machen. Da in diesen Fällen dann auch die Schmerzempfindungsfähigkeit verloren gegangen ist, können die typischen Zeichen eines Harnblaseninfektes, zu dem die Situation disponiert, vollständig fehlen. Notwendig ist daher, dass der Hausarzt von Zeit zu Zeit den Urinbefund kontrolliert, um einen eventuell okkulten Infekt zu erkennen und gezielt zu behandeln. Durch die Austreibungsschwäche der Harnblase können vorbestehende, bis dato nicht bemerkte Vergrößerungen der Vorsteherdrüse zu einem echten Austreibungshindernis werden, so dass eine Ausschabung der Prostata erforderlich wird. Insbesondere bei chronischen Ausheilungsstörungen der Kreuzbeinwunde kann der chronische Infekt auch auf den rückwärtigen Bauchraum übergreifen und zu Abflussstörungen der Harnleiter führen, die eine Wasserniere bewirken können. Durch eine Ultraschalluntersuchung bei sich schon entwickelnder Aufstauung oder aber durch eine Röntgen-Untersuchung der ableitenden Harnwege lässt sich diese Gefahr erkennen. Erforderlich ist dann die Einlage einer Harnleiterschienung, um einen ausreichenden Harnabfluss aus der gefährdeten Niere zu erreichen.

**Schwierig sind Diagnose und Therapie von Schmerzen in der "hinteren Wunde".**

Ein eigenes und zum Teil für die Erkennung und Behandlung äußerst schwieriges Kapitel sind chronische Schmerzen in der sogenannten "hinteren Wunde". Neben schon angesprochenen Ursachen wie Vernarbungen, Beckenbodenüberlastung, chronischen Heilungsstörungen oder urologischen Problemen sind sie teilweise auch leider durch einen örtlichen Krebsrückfall bedingt und dann schwer behandelbar. Daneben gibt es aber auch Schmerzen, für die sich keinerlei Erklärung findet, oft sehr quälender Natur, die als "Phantomschmerzen" eingestuft werden. So weit keine behebbare organische Veränderung vorliegt, bleibt bei derartigen Schmerzen nur eine qualitativ gute Schmerzbehandlung, wie sie heute von spezialisierten Schmerzzentren angeboten wird.

Die Schmerzen in der hinteren Wunde sind ein häufiges Problem, das bei Patienten mit einer Kreuzbeinwunde auftreten kann. Sie sind oft sehr quälend und können die Lebensqualität erheblich beeinträchtigen. Die Ursachen sind vielfältig und reichen von mechanischen Faktoren bis hin zu neurologischen Störungen. Eine genaue Diagnose ist oft schwierig, da die Schmerzen nicht immer mit einer bestimmten Ursache zusammenhängen. Die Behandlung sollte individuell angepasst sein und kann von physiotherapeutischen Maßnahmen bis hin zu medikamentöser Therapie reichen. Es ist wichtig, dass Patienten mit diesen Schmerzen frühzeitig einen Arzt konsultieren, um eine geeignete Behandlung zu erhalten.

## **Forschungsperspektiven**

Angesichts der Fülle der angesprochenen möglichen Folgeprobleme für Stomaträger erhebt sich natürlich die Frage, inwieweit diese durch Forschungsaktivitäten gemildert oder verhindert werden können. Dabei ist zunächst einmal festzustellen, dass trotz der lang dauernden Beschäftigung mit diesen Schwierigkeiten bis heute verlässliche Daten über den tatsächlichen Umfang der jeweiligen Probleme nicht vorliegen. Auch die unschätzbaren Erfahrungen der ILCO reichen

**Hinsichtlich der Folgeprobleme für Stomaträger besteht die dringende Notwendigkeit zu einer Basisforschung.**

letztlich für die Problembemessung nicht aus, da auch die ILCO trotz ihrer über den Mitgliederstamm weit reichenden Beziehungen letztlich nur einen Bruchteil erfassen kann. Besonders nachteilig hat sich dieses Fehlen von Daten bei den Diskussionen um den Beratungsbedarf oder

aber auch sozial-medizinischen Einschätzungen bemerkbar gemacht. Hier besteht eine dringende Notwendigkeit zu einer Basisforschung.

Bei unserem Thema "Operationsfolgen" stellt sich natürlich auch die Frage, was chirurgischerseits an Verbesserungsmöglichkeiten denkbar wäre. Dabei muss man sehen, dass die Mastdarmentfernung eine seit etwa 100 Jahren etablierte und weitgehend standardisierte Operation ist, die, auch wegen der eine solche Entfernung erfordernden Krankheit, praktisch keine Chance einer Optimierung bietet. Allerdings wären eine Reihe von Problemen vermeidbar oder zu mildern, wenn eine generell gute Schulung der Chirurgen gewährleistet wäre. Die aufgezeigten Mängel haben deutlich gemacht, dass dies keineswegs immer in ausreichendem Umfang gegeben ist. Dies hat dann auch zu Forderungen geführt, derartige Operationen nur noch in ausgewiesenen Zentren vornehmen zu lassen, was sich aber durch die praktischen Bedürfnisse wiederum relativiert. Es sind dies allerdings weniger Aufgaben an die chirurgische Forschung als vor allem die chirurgische Ausbildung. Ein Thema, das der Forschung lohnt, sehe ich hier vor allem im Hernienproblem.

## **Kontinenz erhaltende Operationen**

Die aktuelle medizinische Diskussion erweckt den Eindruck, als wären Stomaanlagen großen Teils entbehrlich. Zwar ist anzuerkennen, dass heute in wesentlich größerem Umfang als noch vor 20 Jahren sogenannte Kontinenz erhaltende Operationen möglich wurden.

**Das für eine echte Kontinenzfunktion wichtige Wechselspiel zwischen Mastdarm und After wird weitgehend ignoriert.**

Dabei fokussiert sich das medizinische Interesse auf die Erhaltung der Schließmuskelfunktion und ignoriert weitgehend das für eine echte Kontinenzfunktion wichtige Wechselspiel zwischen Mastdarm und After. Auch sogenannte Reservoirkonstruktionen (Pouchanlagen) können diesen

Mangel nur bedingt und - objektiv betrachtet - leidlich befriedigend überspielen. Was erhalten bleibt, ist die Verschlussfähigkeit des Darmes, was zumindest schwerwiegende Einbußen erfährt, ist die selbstbestimmte kontrollierte Stuhlentleerung, also auch die Fähigkeit, einen unerwünschten Stuhlgang unterdrücken zu können, mit anderen Worten, steht Stuhl zur Entleerung an, so muss dem Drang auch baldmöglichst entsprochen werden. Er gewinnt imperativen Charakter. Auch kleine Stuhlmengen können drangauslösend wirken und daher zu gehäuften Stuhlgängen führen. In nicht wenigen Fällen ist aber, vor allem bei schon vorbestehenden, bis zur Operation bei noch vollständigem Mastdarm aber kom-

pensierten Schäden das Schließmuskelhaltevermögen so eingeschränkt, dass es zumindest situativ überfordert werden kann. Nicht wenige der sogenannten kontinenzerhaltenden Operationen verdienen daher diesen Namen nicht. Nach meinen Erfahrungen ist dies für annähernd 1/3 der Betroffenen der Fall. Zumindest diesen Patienten wäre mit einer primären Stomaanlage ein qualitativ deutlich besseres Leben ermöglicht worden. Besonders deutlich wird diese Erfahrung bei Betroffenen, die eine sekundäre Stomaanlage erfahren haben. Für nahezu alle war erst damit wieder ein qualitativ hochwertiges Leben möglich geworden. Was ich mir wünsche, wäre einerseits eine vermehrte Ehrlichkeit in der medizinischen Diskussion, vor allem aber auch eine Auswertung der Faktoren im operativen Vorfeld, die eine nachhaltige Funktionsstörung postoperativ erwarten lassen und daher dann auch anstelle einer technisch möglichen Erhaltung des natürlichen Weges auf eine primäre Stomaanlage umdisponieren lassen. Erste Ansätze hierzu sind im neuesten Medizinschrifttum immerhin erkennbar.

## **Entwicklung künstlicher Schließmuskelsysteme**

Die spannendste Forschungsaufgabe wäre natürlich, ob es gelingen könnte, künstliche Schließmuskelsysteme zu entwickeln, die den natürlichen Verhältnissen nahe kommen. Die technologischen Möglichkeiten haben dabei durchaus schon Verschlussysteme entwickeln lassen, die aber in der Praxis doch erhebliche Wünsche offen lassen. Das älteste derart bekannte, ja speziell für Stomaträger entwickelte System war der sogenannte Erlanger Magnetverschluss, der aber zu Recht vollständig wieder aufgegeben wurde. Neuere Verschlussysteme

**Technisch machbare Verschlussysteme lassen in der Praxis noch erhebliche Wünsche offen!**

nutzen teilweise auch körpereigene Muskulatur, die zu einer Schließmuskeldauerleistung transformiert wird (z. B. dynamische Gracilis-Plastik). Auch Schließmuskelerersatzplastiken aus Darmmuskulatur sind schon, wenn auch mit unzureichendem Erfolg, erprobt worden. Doch selbst

wenn das Problem einer störungsfreien Einheilung, Vermeidung einer Spätinfektion und vor allem einer ausreichenden Verschlussleistung ohne Funktionsminderung im Laufe der Zeit gelöst werden könnte, bleibt das ungelöste Problem des den natürlichen Verhältnissen gleichkommenden Wechselspiels aus Darmfunktion und künstlichem Verschlussystem. Die denkbare Lösung, dies analog den Erfahrungen von Stomaträgern mit der Selbstirrigation auch mit einer Selbstirrigation an natürlichem Ort zu kompensieren, liegt zwar nahe, wäre aber in meinen Augen lediglich eine ungünstigere Attrappe, da dann auch eine versorgungstechnisch ungleich leichter lösbare Situation mit einem Stoma gewählt werden könnte, die durch die Selbstirrigation auch eine Scheinkontinenz erreicht, ohne den aufwendigen (sehr teuren) und unsicheren Weg über eine Schließmuskelerersatzlösung zu gehen. Wenn gleichwohl schon derzeit Patienten bereit sind, sich derartigen Maßnahmen zu unterziehen, so ist dies allein unter psychologischen Aspekten, die sicher nicht gering geachtet werden sollen, verständlich, ein objektiver

Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität ist dieses gewiss nicht. Eine Chance, dies akzeptabel zu machen, bestünde nach meiner Einschätzung nur darin, auf einem derzeit noch nicht absehbaren Wege eine Wechselwirkung zwischen einem wie auch immer gearteten Darmreservoir und einem künstlichen Ver-

**Eine Stomaanlage ist für den Betroffenen zwar ein schwerer Schritt, aber letztlich die befriedigendste Lösung für ein weitgehend normales Leben.**

schlussystem zu erreichen. So lange dies aber nicht der Fall ist, ist zu akzeptieren, dass eine Stomaanlage für den Betroffenen zwar ein schwerer Schritt ist, letztlich aber die befriedigendste Lösung darstellt, mit der eine Rückkehr in ein weitgehend normales Leben möglich wird, mithin ein Zustand erreichbar wird, der unserem Thema "Gesund fühlen, gesund bleiben, gesund erhal-

ten" entspricht.

***Anschrift des Verfassers:***

Prof. Dr. Rainer Winkler, Chefarzt Chirurgische Klinik, Abteilung für Allgemeinchirurgie des Martin-Luther-Krankenhauses Schleswig, Lutherstr. 22, 24837 Schleswig